

ANNÉE 1957

THÈSE

800

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michel MAO

Externe des Hôpitaux de Paris
né le 29 mai 1929 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19.....

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE
ET DE LA
DÉSINTOXICATION ALCOOLIQUE**

Président : M. le Professeur GARCIN.

IMPRIMERIE R. GOGUELAT
26, rue du Pressoir, Paris-20^e

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE
ET DE LA
DÉSINTOXICATION ALCOOLIQUE**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michel MAO

Externe des Hôpitaux de Paris
né le 29 mai 1929 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19.....

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE
ET DE LA
DÉSINTOXICATION ALCOOLIQUE**

Président : M. le Professeur GARCIN.

IMPRIMERIE R. GOGUELAT
26, rue du Pressoir, Paris-20^e

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), EVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LÆPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.), SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E.).

Doyen Léon BINET
Membre de l'Institut
 Assesseur Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Salpêtrière
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	SICARD (A.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	QUENU (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	MENEGAUX (G.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MOULONGUET (P.)
Clinique gynécologique	MERLE-D'AUBIGNE (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	de GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique des maladies des enfants	FEVRE (M.)
Clinique des maladies infectieuses	MONOD (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies métaboliques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CATHALA (J.)
Clinique des maladies du système nerveux	MOLLARET (P.)
Cliniques médicales	DELAY (J.)
	Bichat
	Broussais
	Cochin
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	Hôtel-Dieu
Clinique médicale propédeutique	HAMBURGER (J.)
Clinique médico-sociale du diabète et des maladies de la nutrition	CHEVALLIER (P.)
Clinique de neuro-chirurgie	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques obstétricales	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Baudelocque
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	Port-Royal
Clinique ophtalmologique	DE GENNES (L.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MOREAU (R.)
Clinique de pneumo-phthisiologie	BARIETY (M.)
Clinique psychiatrique infantile	DEBRAY (C.)
Clinique de puériculture	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	BOULIN (R.)
Clinique stomatologique	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	LACOMME (M.)
Clinique thérapeutique	VARANGOT (J.)
Clinique urologique	LANTUEJOUL (P.)
Embryologie	RENARD (G.)
Génétique médicale	AUBIN (A.)
	BERNARD (E.)
	HEUYER (C.)
	LELONG (M.)
	COSTE (F.)
	DECHAUME (M.)
	SENEQUE (J.)
	LEMAIRE (A.)
	FEY (B.)
	GIROUD (A.)
	LAMY (M.)

MM.

Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS ET AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	{ DELMAS (A.), pr. s. ch. CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)	Obstétrique	{ GRASSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.) MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSEY (F.) GOUYGOU (Ch.)	Ophtalmologie	{ BREGEAT (P.) DESVIGNES (P.)
Bactériologie	{ NEVOT (A.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.)	Orthopédie	{ JUDET (R.)
Biochimie médicale ..	{ ETTORI (J.), pr. s. ch. DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (R.)	Oto-rhino-laryngologie	{ AUBRY (M.) MADURO (R.)
Biologie médicale	{ BOURLIERE (F.)	Parasitologie	{ BRUMPT (L.-C.) CHABAUD (A.)
Dermato-Syphiligraphie	{ DUPERRAT (F.)		{ ABOULKER (P.) BARCAT (J.) BAUMANN (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) MATHEY (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE (J.-M.)
Embryologie	{ TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)	Pathologie chirurgicale	
Histologie	{ COUJARD (R.) N... N...		
Hydrologie	{ CORNET (A.)	Pathologie expérimentale	{ LÉPER (J.) MAURICE (P.)
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch. DEPARIS (M.), pr. s. ch.		
Maladies infectieuses..	{ BASTIN (R.)		
Médecine légale	{ DEROBERT (L.) pr. s. ch. GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail..	{ ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	{ DAVID (M.)		
Neurologie	{ LHERMITTE (F.)		

	MM.		MM.
Pathologie médicale..	BOUDIN (G.)	Pédiatrie	{ JOSEPH (R.)
	BOUVIER (J.-B.)		{ MOZZICONACCI (P.)
	BRICAIRE (H.)		{ POLONOVSKY (Cl.)
	BRISSAUD (H.)	Pharmacologie	{ CHEYMOL (J.) pr. s. ch.
	CASTAIGNE (P.)		{ LEVY (Mlle J.) pr. s. ch.
	CONTE (M.)		{ BARJÈTON (D.) pr. s. ch.
	DEROT (M.)	Physiologie	{ PARROT (J.), pr. s. ch.
	DOMART (A.)		{ DEJOURS (P.)
	LAMOTTE (M.)	Physique médicale ..	{ DJOURNO (A.) pr. s. ch.
	LAROCHE (C.-P.)		{ GOUGEROT (L.)
	MACREZ (Cl.)	Pneumo-Phtisiologie ..	{ KREIS (B.)
	MILLIEZ (P.)	Psychiatrie	{ PICHOT (P.)
	PEQUIGNOT (H.)	Psychiatrie infantile ..	{ MICHAUX (L.)
	PERRAULT (M.)	Rhumatologie	{ DELBARRE (F.)
	RAMBERT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.)
	ROYER (P.)		{ CHAPUT (Mme A.)
	THIEFFRY (St.)	Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.)
	TURIAF (J.)	Urologie	{ KUSS (R.)
	WOLFROMM (R.)		
	N...		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS
CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale..	AMELINE (A.)	Clinique neurologique	DE SEZE (S.)
	HUGUIER (J.)	Clinique obstétricale..	MAYER (M.)
	LEGER (L.)	Clinique ophtalmologi-	
	PADOVANI (P.)	que	OFFRET (G.)
Clinique médicale	ROUX (M.)	Clinique pédiatrique ..	LAPLANE (R.)
	DREYFUS (Gilbert)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	HAGUENAU (J.),		
	pr. s. ch.		
	KOURILSKY (R.)		
	MARCHAL (G.)		

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaires Mlle GOICHON (A.)
Conservateur M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur, chargé de la direction } Milles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME
A MON PERE
A MA MERE
A MES BEAUX-PARENTS
A TOUS LES MIENS
A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551509_0018

A M. le Professeur J. GARCIN

*Professeur de la Chaire de Pathologie et Thérapeutique générales
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En témoignage de profonde gratitude.

A M. le Docteur L. VIDART

Attaché de Psychiatrie à l'Hospice de Bicêtre

Dont les conseils et la bienveillance nous furent
d'une aide précieuse.

En témoignage de profonde gratitude.

A M. le Docteur R. PLUVINAGE
Médecin-Assistant des Hôpitaux

A M. le Docteur LEVILLAIN
Chef de Laboratoire à l'Hospice de Bicêtre

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur PASTEUR VALLERY-RADOT
M. le Professeur MONDOR
M. le Professeur Agrégé LEGER
M. le Professeur DE GENNES
M. le Professeur JULIEN MARIE
M. le Professeur GARCIN
M. le Professeur FEVRE
M. le Docteur LEREBoullet
M. le Docteur BOURDIAL
M. le Professeur Agrégé LEPAGE
M. le Professeur Agrégé WOLFROM
M. le Professeur Agrégé DOMART
M. le Professeur Agrégé MILLIEZ
M. le Professeur Agrégé LAROCHE

INTRODUCTION

C'est à la suite d'un séjour dans le Service de Neuro-psychiatrie de l'Hospice de Bicêtre (Docteur Lereboullet), et par l'assistance aux consultations de post-cure, qu'a pris naissance l'idée de cette étude.

Nous avons repris plus de 2000 observations de malades adressés à l'Hospice de Bicêtre, depuis plus de cinq ans, dans le but d'une désintoxication alcoolique.

Nous nous sommes efforcés de répondre aux critères énoncés par Charlin, dans le Rapport du Congrès des Médecins Psychiâtres et Neurologistes de France et de Langue Française de Liège en 1954, pour toute étude sur la désintoxication alcoolique qui doit :

Porter sur un nombre élevé de malades;

Avoir un recul de dix mois à un an avant l'appréciation des résultats;

Comporter une étude aussi complète que possible, physique, psychique et sociale pour chaque malade.

PLAN

- CHAPITRE I. — Etiologie de l'alcoolisme chronique masculin.
Le terrain.
Age.
Le terrain pathologique.
Le milieu social.
Les causes.
L'intoxication.
- CHAPITRE II. — Manifestations de l'alcoolisme chronique.
Les troubles psychiques.
Les troubles organiques.
- CHAPITRE III. — La cure de désintoxication.
Les contre-indications.
Les incidents.
Les résultats.
- CHAPITRE IV. — La post-cure.

Conclusions.

GENERALITES

C'est en 1950 que furent désintoxiqués les premiers malades dans le Service de Neuro-psychiatrie de l'Hospice de Bicêtre. Ceux-ci furent d'abord peu nombreux, puis la désintoxication fut progressivement pratiquée sur une plus grande échelle. Actuellement, une partie importante du Service lui est consacrée.

La technique de la cure fut d'emblée celle qui est encore suivie maintenant.

Elle comprend l'association des trois grandes méthodes que certains pratiquent isolément :

Cure de sevrage par l'alcool intra-veineux;

puis cure de dégoût par l'apomorphine;

enfin, cure à l'antabuse, suivie d'une cure d'entretien régulièrement contrôlée.

Elle exige :

un choix des malades qui doivent être volontaires, en bon état général, avec un psychisme satisfaisant;

une hospitalisation brève (jamais plus de trois semaines).

Cette hospitalisation est une nécessité psychologique : elle est le meilleur test de la volonté du malade. Elle est aussi une mesure de prudence : elle permet une surveillance précise au moment du sevrage, de la cure d'apomorphine et des réactions antabuse-alcool.

Nous ne reviendrons pas sur les détails techniques de la cure, détails qui ont été exposés dans diverses publications.

Nous avons séparé l'étude de l'alcoolisme masculin et celle de l'alcoolisme féminin, différents sur de nombreux sujets.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie de l'alcoolisme chronique masculin

LE TERRAIN

AGE	Nombre de malades	Pourcentage
Au-dessous de 20 ans	2	0,10 %
De 21 à 25 ans	36	1,88 %
De 26 à 30 ans	110	5,78 %
De 31 à 35 ans	199	10,45 %
De 36 à 40 ans	249	12,55 %
De 41 à 45 ans	459	24,11 %
De 46 à 50 ans	427	22,43 %
De 51 à 55 ans	294	15,44 %
De 56 à 60 ans	105	5,67 %
De 61 à 65 ans	17	0,88 %
Au-dessus de 65 ans	5	0,26 %

Nous voyons donc que l'éventail de nos malades est largement ouvert, puisqu'il va de 20 à 65 ans; cependant, il est nécessaire de noter que près de la moitié des malades (886, soit 46,55 %) ont entre 40 et 50 ans. Nous reviendrons sur cette notion au sujet de la durée d'intoxication, mais cette statistique permet déjà de préjuger de la durée moyenne habituelle de l'intoxication chez nos malades.

LE TERRAIN PATHOLOGIQUE

LES TROUBLES PSYCHIQUES

Etats dépressifs.

Les troubles psychiques les plus fréquemment rencontrés dans les antécédents de nos malades alcooliques chroniques, avant le début des habitudes d'intempérance, sont les états dépressifs.

Un état dépressif simple est noté chez 123 malades, soit 6,37 %.

Cet état dépressif est réactionnel dans 30 cas (24,39 %).

Une des causes les plus fréquemment rencontrées est un conflit ou une difficulté conjugale. Dans ces difficultés conjugales, sont comprises

les séparations, les divorces ou les instances de divorce, l'abandon par la femme du domicile conjugal. 16 de nos malades, soit 13 % invoquaient ce motif comme début de leur état dépressif...

Malade de 40 ans, abandonné par sa femme, qui lui a enlevé sa fille; boit un litre et demi de vin depuis un an...

Malade de 50 ans, employé dans un ministère, perd un fils de quatorze ans en 1945, abandonné par sa femme quelques mois plus tard, boit, depuis, deux litres de vin par jour, opéré en 1948 pour un ulcère de l'estomac, abandonné par son amie depuis quinze jours...

Mais relativement souvent, ces difficultés conjugales s'associent à des difficultés sociales :

Malade de 34 ans, abandonné par sa femme, venue à Paris pour trouver du travail; une tentative de suicide, suit sa femme à Paris, mais est incapable de la retrouver; sans domicile fixe, boit actuellement trois litres de vin par jour...

Dans deux cas, l'état dépressif était réactionnel au décès d'un enfant, dans deux autres cas au décès de la femme.

Dans quatre cas, l'état dépressif était sous la dépendance de circonstances ou de conditions sociales défavorables. Un logement insuffisant entraîne souvent d'autres conflits, en particulier des conflits familiaux inévitables :

Malade de 34 ans, pompier, marié, deux enfants, habite avec ses beaux-parents; mésentente familiale, boit deux litres et demi de vin, un litre de bière et deux alcools par jour...

Malade de 25 ans, mère éthylique, habite avec ses parents, boit depuis l'âge de 17 ans, mais surtout depuis quatre ans, un litre de vin et quatre litres de bière par jour; un délirium quatre ans avant la cure, une tentative de suicide...

Malade de 28 ans, cimentier, vit avec ses parents, sa femme et ses deux enfants dans deux pièces; boit deux litres et demi de vin et un litre de bière depuis huit ans...

Malade de 44 ans, employé à la S.N.C.F., vit avec sa femme et ses cinq enfants dans une seule pièce; boit trois litres de vin par jour; état dépressif grave...

Quatre de nos malades, atteints d'état dépressif, étaient d'anciens délinquants, mais dans deux cas seulement l'état mental semblait être en rapport avec les difficultés pour se réadapter à la vie civile.

Cette difficulté de réadaptation à la vie sociale semble être également le fait de deux malades, anciens tuberculeux pulmonaires, mais dans ces deux cas, les conséquences morales de la bacillose avaient préparé le terrain à l'installation de l'état dépressif.

7 malades (5,69 %) ayant un état dépressif, avaient été gastrectomisés pour un ulcère gastro-duodénal et cette proportion relativement importante sur l'ensemble des états dépressifs montre que l'agastrie favorise peut-être soit par ses conséquences organiques, soit par l'intermédiaire de l'éthylisme, le développement d'un état dépressif.

L'état dépressif se greffait chez 5 malades sur un fond d'oligophrénie ou de débilité mentale.

Dans quatre cas, l'état dépressif s'accompagnait d'un fond d'anxiété qui conduisait ces malades à des tentatives de suicide :

Malade de 41 ans, décorateur, marié, deux enfants, boit deux litres de vin par jour, de la bière et des alcools en quantité indéterminée, état dépressif léger, mais tentative de suicide récente...

Malade de 49 ans, tapissier, situation sociale mauvaise, sans domicile fixe, boit deux litres de vin par jour, anxieux, état dépressif, une ivresse par semaine...

Malade de 54 ans, employé aux P.T.T., anxieux, boit trois litres de vin par jour dans les périodes où il est déprimé, quelques idées de suicide...

Malade de 41 ans, monteur radio, déporté deux ans en Allemagne, logement insuffisant, conflit avec une femme nerveuse et frigide, gastrectomisé trois ans avant; boit deux litres de vin et un alcool par jour depuis cette date, reste seul avec deux enfants, sa femme l'ayant quitté avec le 3^e enfant qu'il préfère, très anxieux du lendemain...

14 malades (11,38 %), ayant un état dépressif, avaient des idées de suicide. 17 malades (13,81 %), avaient fait une ou plusieurs tentatives de suicide en dehors de l'ivresse, deux seulement avaient tenté de se suicider au cours d'un excès éthylique.

7 malades, soit 5,69 % avaient déjà été soignés pour leur état dépressif soit en service libre, soit au cours d'un internement, tous avaient subi une série d'électro-chocs et dans tous les cas le traitement datait de moins de 5 ans. Les très courtes guérisons observées dans ces cas soulignent bien la nécessité de ne pas se contenter d'un traitement isolé de l'état dépressif chez ces alcooliques chroniques; dans tous les cas, il faut traiter l'éthylisme réactionnel en même temps que l'état dépressif; c'est-à-dire pratiquer une cure de désintoxication, soit immédiatement avant, soit immédiatement après la série de chocs, sinon les rechutes sont presque certaines et souvent très rapides.

Quatre malades présentaient des états dépressifs de type mélancolique. Dans un de ces cas, l'état dépressif s'accompagnait d'auto-accusations, dans un autre cas, d'idées d'indignité et dans les deux derniers, d'idées de culpabilité. Le seul caractère commun à ces quatre observations est la très longue durée de l'intoxication alcoolique dépassant 20 ans dans tous les cas.

L'étude de 93 malades, soit 76,68 % ne permettait pas de retrouver une cause précise à l'état dépressif et c'est parmi ces 93 malades qu'il était parfois difficile de faire la part des états dépressifs secondaires à l'éthyle.

Névroses d'angoisse.

Une névrose d'angoisse est notée dans 8 observations (0,41 %).

Dans les trois premiers cas, il s'agissait de malades relativement jeunes : 32, 36 et 43 ans, qui buvaient pour dissiper leur anxiété, dans deux de ces cas l'intoxication était ancienne, mais dans le troisième cas elle ne datait que d'un an à raison d'un demi-litre de vin et de deux litres de cidre par jour.

Dans deux cas, l'anxiété s'associait à un fond d'hyperémotivité, dans deux autres cas, elle survenait sur un fond de débilité mentale et le tableau clinique était dominé par les troubles caractériels et les troubles du comportement, surtout sous forme d'instabilité professionnelle.

Dans un cas seulement, on notait des préoccupations hypochondriaques.

Psychasthénies.

On relève une psychasthénie dans 9 observations.

Dans trois cas, une agoraphobie domine le tableau clinique :

Là encore, il s'agit de malades relativement jeunes :

Malade de 28 ans, plusieurs années en Indochine, paludisme, typhus, fièvre typhoïde, boit deux litres et demi de vin et deux apéritifs par jour; agoraphobie...

Malade de 25 ans, troubles caractériels et du comportement, boit 4 litres par jour depuis l'âge de 18 ans, anxiété, boit pour calmer son agoraphobie...

Malade de 39 ans, un litre de vin et trois litres de bière par jour, trois délirium; une tentative de suicide, hallucinations auditives et agoraphobie...

Dans six cas, il s'agissait d'une névrose obsessionnelle. Ce qui caractérise ces névroses obsessionnelles chez les alcooliques chroniques, c'est souvent la variété des obsessions et la nécessité de doses importantes d'alcool pour y échapper :

Malade 48 ans, boit deux litres de vin par jour pour échapper à ses obsessions...

Malade de 26 ans, laveur de carreaux, boit trois litres de vin et deux litres de bière par jour, claustrophobie, agoraphobie, angoisses, boit « pour se soutenir »...

Malade de 55 ans, représentant de commerce, boit trois litres de mâconnais par jour, agoraphobie, a peur de prendre le métro...

Malade de 33 ans, divorcé, deux enfants, boit deux litres et demi de vin par jour depuis dix ans, névrose anxieuse, phobies...

Malade de 59 ans, magasinier, boit un litre de vin depuis quinze ans, ulcus gastrique, deux hémorragies intestinales, anxieux, déprimé, cancérophobie, glossodynie...

Malade de 39 ans, coiffeur, boit deux litres et demi de vin par jour, obsessions, phobies, interprétations, boit « pour se donner du courage ».

Déséquilibre psychique.

Un déséquilibre mental est souvent difficile à apprécier chez les alcooliques chroniques. La disparition de l'irritabilité, des troubles caractériels (et des troubles du comportement à type d'instabilité professionnelle), avec le sevrage, étant souvent le seul moyen d'apprécier la responsabilité de l'éthylisme,

Quatre de nos malades présentaient un fond de déséquilibre psychique grave reconnu avant l'éthylisme, mais ce chiffre est sûrement inférieur à la réalité.

Deux de nos malades avaient fait des fugues dans leur enfance. Ces malades réagissent de façon différente à l'intoxication éthylique.

Dans le premier cas, les fugues ne se sont pas renouvelées avec l'intoxication éthylique :

Malade de 18 ans, manœuvre, a fait des fugues à partir de l'âge de 12 ans, logement insuffisant, deux pièces pour huit personnes, boit un

litre de vin, un litre de bière, deux apéritifs et deux alcools par jour, deux ivresses par semaine, boit surtout depuis deux ans, n'a pas fait de fugue depuis le début de son intoxication éthylique.

Dans le second cas, les excès éthyliques ont, au contraire, multiplié les fugues :

Malade de 31 ans, fait des fugues depuis l'âge de 16 ans, manœuvre, oligophrène, deux litres de vin par jour, mais seulement par périodes qui provoquent des fugues avec excitations hypomaniaques...

Nous rapprocherons de ces observations celle d'un malade de 48 ans, ayant eu un traumatisme crânien quatre ans avant la cure, et qui, depuis son traumatisme, faisait des fugues entre lesquelles il avait des absences, deux litres de vin par jour, EEG normal, ces fugues et ces absences devenaient de plus en plus fréquentes avec l'imprégnation éthylique.

Un seul de nos malades présentait une perversion sexuelle :

Malade de 40 ans, homosexuel, divorcé, opéré plusieurs fois pour prolapsus rectal...

délinquances, actes antisociaux.

20 de nos malades avaient été condamnés ou incarcérés pour des troubles du comportement, indépendants de l'alcoolisme chronique. Les mobiles les plus fréquemment rencontrés sont des vols.

Toxicomanie.

Parmi nos malades, nous notons quatre cas de toxicomanie antérieure ou associée à l'alcoolisme.

Les deux cas de toxicomanie associée à l'éthyl, une à l'éther, l'autre au maxiton, seront revus au chapitre des malades comitiaux.

Les deux autres malades présentaient une toxicomanie antérieure à l'opium :

Malade de 48 ans, morphimane, héroïmane, sevré depuis 15 ans à la suite d'un séjour à Henri Rousselle. Depuis 10 ans, boit un litre de vin, un litre de bière, un apéritif et un alcool par jour; baisse de l'acuité visuelle et troubles de la mémoire.

Malade de 38 ans, Nord-Africain, manœuvre, fume du chanvre indien depuis l'âge de 13 ans, opium, morphine, cocaïne depuis l'âge de 25 ans, héroïne depuis 5 ans, ingestion forcée d'alcool pour se déshabituer depuis dix mois, ivre tous les jours, périodes d'excitation psychomotrice et de dépression; fabulation, affaiblissement intellectuel; volontaire pour la cure.

Ces passages d'une toxicomanie à une autre sont bien connus, nous n'insisterons pas.

Oligophrénie, débilité mentale, bradypsychie.

64 de nos malades relevaient d'une de ces étiquettes (3,34 %). Ce pourcentage est relativement peu élevé, il demanderait d'ailleurs à être

corrigé, car il est quelquefois difficile de faire la part entre un de ces états et l'affaiblissement intellectuel dont est responsable l'alcoolisme chronique.

COMITALITE ESSENTIELLE

Nous traiterons dans son ensemble le problème de la comitalité dans le chapitre consacré aux manifestations neuro-psychiques de l'alcoolisme chronique.

Nous n'envisagerons ici que le problème des malades ayant une comitalité ancienne, comitalité qui précédait le début de leur imprégnation alcoolique.

Le nombre de ces malades ayant une comitalité essentielle, est extrêmement faible, puisque sur les 1921 observations de malades hommes, nous n'en avons relevé que 7 cas, soit 0,37 %.

Voici rapidement leurs observations :

Malade de 52 ans, retraité, boit deux litres de vin depuis 8 ans, comitalité remontant à l'enfance de rythme impossible à préciser; EEG subnormal...

Malade de 40 ans, cantonnier, boit deux litres de vin et deux litres de bière depuis 9 ans; 7 ivresses par semaine, crises comitiales depuis l'âge de 7 ans, une crise tous les trois mois, prend irrégulièrement son gardénal; EEG normal...

Malade de 44 ans, chauffeur de chaudière, boit trois litres de vin depuis 15 ans, première crise comitiale à 19 ans, rythme impossible à préciser; EEG normal.

Malade de 51 ans, retraité, boit quatre litres de vin par jour depuis 15 ans, six ivresses par semaine, un délirium trois ans avant la cure, crises généralisées depuis 29 ans, une crise tous les trois mois; EEG normal...

Malade de 46 ans, garçon de café, boit un litre et demi de vin, deux litres de bière et trois alcools par jour, comitalité depuis l'âge de 12 ans, rythme impossible à préciser, EEG très légèrement altéré sans foyer.

Malade présentant des crises localisées de type Bravais Jacksonien; première crise à l'âge de 7 ans, deuxième crise à l'âge de 16 ans et depuis une crise toutes les trois semaines environ. L'examen neurologique était entièrement négatif. Le malade ne buvait qu'un litre de vin par jour. EEG normal, sans signe de foyer.

Malade de 29 ans, cadmière, boit un litre de vin par jour, crises généralisées depuis 10 ans, rythme non précisé, plusieurs absences quotidiennes; EEG altéré de type petit mal.

Dans tous ces cas, il s'agissait donc d'une comitalité remontant à l'enfance ou à l'adolescence. Ils présentent cependant un certain nombre de particularités :

Ce sont des comitalités peu évolutives; dans tous les cas, les crises étaient peu fréquentes et dans 4 cas sur 7 l'EEG était normal.

Malgré le degré relativement peu important de l'intoxication à part deux cas, les crises comitiales étaient manifestement influencées par l'alcoolisme; en effet, si dans les deux derniers cas en particulier, les crises ont persisté après la cure de désintoxication, elles sont devenues beaucoup plus rares.

ETATS MORBIDES A INCIDENCES NEURO PSYCHIQUES POSSIBLES

TRAUMATISMES CRANIENS

Dans notre série de malades, 71, soit 3,70 %, avaient dans leurs antécédents un traumatisme crânien; l'un d'entre eux avait même eu deux traumatismes crâniens à plusieurs années d'intervalle.

Il nous a semblé intéressant de voir sur ce nombre de malades quels pouvaient être les rapports entre le traumatisme crânien et l'alcoolisme chronique, c'est-à-dire de rechercher si les traumatismes crâniens pouvaient avoir une influence soit sur le déclenchement, soit sur l'évolution de l'alcoolisme chronique.

Voyons d'abord le détail de nos observations :

Dans 4 cas, le traumatisme avait été à l'origine d'un délirium tremens ayant entraîné le passage dans le Service après un séjour en milieu chirurgical.

64 de ces traumatismes avaient été suivis de coma (90 %).

Dans 9 cas, il y avait eu fracture du crâne (12 %).

Dans 6 cas, une trépanation avait été pratiquée, 3 fois pour un hématome post-traumatique, 3 fois pour exploration neuro-chirurgicale.

L'ancienneté du traumatisme crânien par rapport à la cure de désintoxication, nous paraît importante à considérer :

Dans 19 cas (26 %), le traumatisme crânien avait eu lieu dans l'année qui précédait la cure.

Dans 14 cas (19 %), il s'était produit entre un et deux ans avant.

Dans 15 cas (21 %), entre deux et cinq ans.

Dans 10 cas (14 %), entre cinq et dix ans.

Dans 13 cas, il datait de plus de 10 ans (18 %), dans 7 de ces derniers cas, entre 10 et 20 ans, dans trois cas, entre 20 et 30 ans, trois cas dataient de plus de 30 ans.

Un fait se dégage de ces quelques pourcentages : plus de la moitié des traumatismes crâniens (48, soit 67 %) dataient de moins de 5 ans.

Une question se pose alors : c'est de savoir pourquoi des malades ayant subi un traumatisme crânien, arrivent si rapidement à une imprégnation alcoolique telle qu'elle nécessite une cure de désintoxication.

L'étude des observations de ces malades permet de répondre à cette question.

Nous envisagerons successivement ces cas en fonction des séquelles neurologiques et psychiatriques des traumatismes crâniens.

Dans 4 cas, des séquelles neurologiques sont retrouvées à l'examen :

Il s'agissait d'une hémiplégie post-traumatique dans trois cas :

Malade de 49 ans, traumatisme crânien deux ans avant la cure; trépanation, déficit moteur et troubles vaso-moteurs unilatéraux...

Malade de 50 ans, traumatisme crânien 4 ans avant la cure; trépanation occipitale; hémiplégie droite en voie de régression...

Malade de 54 ans, employé à la S.N.C.F., fracture du crâne un an avant la cure; séquelles d'hémiplégie; EEG normal...

Ces trois malades étaient des buveurs de longue date, mais depuis leur accident, ils étaient incapables de supporter des ingestions même

peu importantes d'alcool, le dernier présentait des signes d'imprégnation extrêmement marqués avec un litre par jour...

Le dernier de ces 4 malades, avait eu une fracture des deux rochers six ans avant la cure suivie d'une hémorragie méningée. Peu après son traumatisme étaient apparus des troubles de la mémoire, une hypoacusie et des crises comitiales atypiques. Ce malade, alcoolique chronique de longue date, n'avait pas réduit sa consommation quotidienne d'alcool et tous les troubles s'étaient rapidement aggravés. La fréquence des ivresses avait augmenté : il était ivre 4 fois par semaine. Une cure antérieure de désintoxication, cure internée, avait été suivie d'une rechute immédiate.

Dans ce dernier exemple, l'aggravation des séquelles traumatiques sous l'influence de l'alcoolisme est manifeste.

Ceci est encore vérifié dans le seul exemple de syndrome post-commotionnel que nous ayons :

Malade de 30 ans, traumatisme crânien un an avant, céphalée importante depuis le traumatisme, baisse de l'acuité visuelle et troubles de la mémoire; boit un demi-litre de vin et trois litres de bière par jour; aggravation rapide de tous les troubles...

Certains malades qui présentaient depuis leur traumatisme des troubles caractériels ont vu ceux-ci s'aggraver malgré une intoxication peu importante :

Malade de 33 ans, cantonnier, traumatisme 10 ans avant, irritabilité depuis le traumatisme, affaiblissement intellectuel; EEG altéré.

Malade de 42 ans, employé à la S.N.C.F., troubles caractériels depuis un traumatisme crânien 4 ans avant...

Ces deux malades ne buvaient qu'un litre par jour.

Chez deux malades, les troubles caractériels s'accompagnaient de troubles graves du comportement. Leur intoxication était grave par la quantité d'alcool quotidienne et aurait suffi peut-être à expliquer ces troubles du comportement. Cependant, nous pensons qu'il existe malgré tout un rapport entre leur traumatisme et l'alcool.

Malade de 47 ans, traumatisme crânien 9 ans avant la cure; troubles caractériels depuis le traumatisme. Sous l'influence de l'alcool, quatre litres de vin et trois alcools par jour, apparition de troubles du comportement : actes incohérents et amnésiques au milieu de la nuit...

Malade de 21 ans, manœuvre, traumatisme crânien à l'âge de 7 ans; depuis le traumatisme, crises comitiales généralisées à début localisé, troubles caractériels, violences, menaces, deux tentatives de suicide à l'âge de 16 ans, plusieurs fois interné; boit vin, apéritif et alcool en quantité indéterminée; EEG : altération diffuse avec prédominance temporale droite.

Dans ce cas, outre son rôle aggravant des troubles caractériels, l'alcoolisme agissait également par l'augmentation de la fréquence des crises comitiales.

Nous allons voir, en effet, maintenant que l'éthylisme a une action aussi défavorable sur la comitialité post-traumatique que sur la comitialité essentielle.

Dans 18 cas (25 %), les malades avaient des crises comitiales depuis leur traumatisme. Mais ces crises comitiales étaient très variables dans leurs caractères :

Dans 15 cas, les crises comitiales étaient apparues peu de temps après le traumatisme, et dans tous les cas, la fréquence des crises augmentait sous l'influence de l'éthylisme :

Malade de 28 ans, traumatisme crânien en 1954, crises comitiales en 1954 et 1955, deux crises par mois environ; traitement gardénalique non suivi; boit actuellement 5 litres de vin, deux litres de bière, 8 apéritifs et deux alcools par jour; 7 ivresses par semaine...

Malade de 27 ans, 2 fractures du crâne en 1943 et 1944, crises comitiales de 1945 à 1951; EEG : souffrance cérébrale diffuse à prédominance frontale droite, boit deux litres de vin, augmentation des crises, apparition d'idées délirantes d'agressivité...

Malade de 32 ans, traumatisme crânien, fracture du rocher, suivi de coma, crises comitiales. Boit trois litres de vin par jour; EEG : légèrement altéré sans foyer.

Ces crises comitiales post-traumatiques sont manifestement influencées par l'alcoolisme. L'abstinence les fait disparaître ou du moins diminue considérablement leur fréquence. L'exemple du dernier malade cité est évocateur : ses crises ont disparu pendant les 9 mois d'abstinence ayant suivi la cure. La reprise des habitudes d'intempérance a coïncidé avec la réapparition des crises...

Un autre exemple illustre bien cette notion :

Traumatisme crânien 7 ans avant la cure, trépanation et amputation du bras gauche. Depuis le traumatisme, crises généralisées à début localisé. Douleurs du membre fantôme. EEG très légèrement altéré. Ingestion très peu importante de vin. Disparition des crises et des douleurs dix-huit mois après la cure.

Dans trois cas, les crises comitiales étaient récentes (moins de un an avant la cure) et le temps de latence entre le traumatisme et leur apparition était relativement long. Cependant, dans ces cas, les crises comitiales traduisaient malgré tout l'intolérance de ces malades à l'alcool.

Malade de 48 ans, boit un litre de vin depuis toujours, traumatisme crânien en 1949 sans perte de connaissance; 2 ans après, apparition de crises comitiales, une crise tous les trois mois; EEG normal...

Dans deux cas, une encéphalographie gazeuse a mis en évidence une atrophie cérébrale.

Malade de 42 ans, traumatisme crânien en 1954, fracture temporo pariétale droite. Crises comitiales généralisées. Boit un litre de vin par jour. EEG normal. EG : légère atrophie frontale et légère dilatation ventriculaire. Revu six mois après la cure, aucune crise comitiale depuis sa sortie.

Malade de 35 ans, en août 1953, fracture du frontal. Boit un litre et demi de vin par jour. En novembre 1953, troubles visuels, troubles de la mémoire, délire d'interprétation. Amélioré par un traitement symptomatique, mais aggravé par l'alcool. EEG légèrement altéré; souffrance temporale droite. EG : légère dilatation ventriculaire, atrophie corticale modérée, plus marquée en frontale droite.

Ces deux observations suggèrent plusieurs remarques :

L'atrophie cérébrale est peut-être la lésion anatomique post-traumatique responsable de l'intolérance de ces malades à l'éthyle.

Malgré des lésions anatomiques, la suppression de toute boisson alcoolisée permet d'agir sur les troubles nerveux de ces malades, la première observation en est un exemple.

Certains malades ressentent eux-mêmes si bien cette intolérance à l'alcool qu'ils réduisent d'eux-mêmes leur intoxication :

Malade de 47 ans, traumatisme crânien avec coma, fracture frontale, buvait avant le traumatisme trois litres de vin, deux litres de bière, trois apéritifs et un alcool par jour, a réduit spontanément sa consommation et ne boit plus que trois quarts de litre de vin et deux de bière...

Nous pouvons donc conclure ce chapitre en disant :

— Que les malades ayant eu un traumatisme crânien dans leurs antécédents ont une intolérance particulière à l'alcool même en faible quantité;

— Que les séquelles nerveuses et psychiques post-traumatiques sont rapidement aggravées;

— Que des signes graves d'imprégnation apparaissent rapidement.

La conduite thérapeutique est évidente : il faut démontrer à ces malades la nécessité d'une tempérance stricte. En cas d'alcoolisme chronique, il faut envisager rapidement la désintoxication avant que des lésions nerveuses irréversibles ne s'ajoutent aux lésions d'atrophie cérébrale dues au traumatisme.

TUMEURS CEREBRALES

4 de nos malades avaient été opérés d'une tumeur cérébrale. Leurs observations présentent des points communs avec celles des malades ayant eu un traumatisme crânien.

En effet, *les séquelles neurologiques, après intervention pour tumeur cérébrale sont sensibles à l'intoxication éthylique.*

Malade de 52 ans, comptable, boit un litre et demi de vin et un alcool par jour, depuis 10 ans, méningiome temporal droit opéré en 1953. Nombreuses absences après l'intervention; EEG normal. Cure habituelle, revu 2 ans après: abstinence complète; les absences sont devenues très rares.

Le second est intéressant pour deux raisons :

Il s'agit d'un malade de 30 ans, opéré d'un abcès au cerveau; depuis son intervention, boit, par intermittence de petites quantités de vin (moins d'un litre par jour). La répétition de ces épisodes dipsomaniaques entraînent l'apparition de troubles caractériels graves. Cure. Retrouvé guéri, disparition des troubles caractériels après un an d'abstinence.

Les troubles caractériels qui étaient apparus après l'intervention étaient donc manifestement favorisés par l'éthylisme.

Nous retrouvons la notion d'épisodes dipsomaniaques apparaissant chez un malade de 35 ans opéré d'un astrocytome 2 ans avant la cure.

Les conclusions concernant les malades ayant eu un traumatisme crânien sont donc également valables à la fin de ce chapitre.

AUTRES AFFECTIONS A INCIDENCES PSYCHIQUES POSSIBLES

Trois de nos malades avaient une maladie de Parkinson. Leur alcoolisme était professionnel et n'était pas sous la dépendance de l'état dépressif que l'on rencontre si fréquemment chez ces malades.

Deux malades présentaient une paraplégie flasque. Dans le premier cas, il s'agissait d'une sclérose en plaques au début. Dans le second, d'une séquelle de poliomyélite antérieure aiguë.

Un malade de 44 ans, avait eu une encéphalite léthargique en 1918. Il présentait des épisodes dipsomaniaques. Des troubles caractériels, une instabilité professionnelle et une névrite optique rétro-bulbaire dominaient le tableau clinique.

Trois malades avaient fait une méningite cérébro-spinale dans l'enfance.

L'un de ces malades, cantonnier de 22 ans, buvait depuis l'âge de 15 ans, oligophrène, plusieurs ivresses par semaine, crises comitiales généralisées depuis deux ans, manifestement en rapport avec les excès éthyliques; EEG normal.

6 de nos malades avaient une hémiplégie d'origine artérielle. Dans tous les cas, il s'agissait de malades hypertendus. Ils ont tous subi une cure normale sans incidents. (Un seul n'a pas eu de réactions antabuse-alcool).

AFFECTIONS PATHOLOGIQUES DIVERSES

Affections tuberculeuses :

54 malades, soit 2,81 %, avaient des antécédents de tuberculose pulmonaire... Cette bacillose était souvent récente. Elle semblait avoir un rôle dans le développement des habitudes d'intempérance, dans de nombreux cas, mais le retentissement psychique et moral de l'affection jouait beaucoup moins que le désœuvrement qu'elle entraînait. D'autre part, nous nous demandons si une réelle sobriété est observée dans les sanatoria. L'un de nos malades avait commencé à boire au cours de son séjour en sanatorium, entraîné par des camarades !!!

Les tuberculeux guéris ou stabilisés qui sortent de sanatorium, reprennent leurs habitudes, mais souvent sous la forme d'une intoxication beaucoup plus grave qu'avant la maladie :

Malade de 47 ans, manœuvre, tuberculose bilatérale, est sorti de sanatorium il y a trois mois, boit un litre et demi de vin, un litre de bière et deux alcools par jour; plusieurs ivresses par semaine, troubles caractériels et de la mémoire.

Malade de 54 ans, sorti depuis huit mois, boit quatre litres de vin par jour, affaiblissement intellectuel marqué.

Malade de 43 ans, serrurier, trois ans de sana, sorti depuis 4 mois, boit six litres de vin par jour, crises comitiales généralisées depuis sa sortie; EEG subnormal...

Plusieurs questions se posent alors :

Ces malades boivent-ils plus par réaction à un sevrage forcé? Ont-ils vraiment cessé de boire au cours de leur séjour en sana? Présentent-ils une intolérance alcoolique plus marquée après leur maladie?

Parmi les autres affections pleuro-pulmonaires, nous relevons trois antécédents de pleurésies séro-fibrineuses, deux cas de pleurésies purulentes, deux cas de silicose évoluant dans l'insuffisance ventriculaire droite, quatre cas d'asthme peu évolutifs, deux cas guéris d'abcès du poumon, un cas de kyste amibien du poumon.

Nous citons tous ces cas pour signaler qu'ils ont parfaitement supporté la cure et que dans aucun cas, nous n'avons assisté à un réveil de la lésion pleuro-pulmonaire.

Affections digestives :

Les affections digestives retrouvées parmi les antécédents des malades adressés pour une cure de désintoxication sont dominées en fréquence et en importance par *les gastrectomies*.

En effet, 84 de nos malades avaient subi une gastrectomie (soit 4,37 %).

Dans la majorité des cas, il s'agissait d'une gastrectomie pour ulcère gastro-duodénal, dans un cas seulement l'opération avait été pratiquée pour ptose gastrique (?)

Nous ne reviendrons pas sur le problème de l'aggravation de l'alcoolisme chronique par la gastrectomie; ce problème a déjà été étudié sur les malades du service (7-9). Les cas que nous avons étudiés confirment les résultats de cette enquête.

Il est important toutefois de noter l'ancienneté de la gastrectomie par rapport à la cure :

Dans 6 cas (7 %), la gastrectomie avait été pratiquée moins d'un an avant la cure.

Dans 9 cas (10 %), entre un an et deux ans avant.

Dans 37 cas (44 %) entre deux et cinq ans.

Dans 21 cas (25 %) entre cinq et dix ans;

Dans 22 cas (26 %) la gastrectomie datait de plus de dix ans, mais il faut noter que sur ces 22 cas, 16 malades avaient été opérés entre 10 et 15 ans.

Ces chiffres nous montrent que 52 malades (61 %), avaient été opérés moins de 5 ans avant la cure. Cette notion seule suffirait à monter l'intolérance des gastrectomisés à l'intoxication alcoolique.

Nous avons pu, d'autre part, vérifier :

- que les manifestations neuro-psychiatriques sont beaucoup plus fréquentes chez les gastrectomisés que chez les autres malades alcooliques chroniques;

— que le retentissement sur l'état général, sur les fonctions hépatiques est beaucoup plus rapide, que des phénomènes carentiels graves sont précoces et souvent irréversibles si on ne traite pas l'alcoolisme;

-- que ces malades supportent très bien la cure de désintoxication, en particulier la cure par apomorphine;

— que cette cure associée à un régime hyperprotidique et à un traitement vitaminique bien conduit permet souvent d'arrêter la mar-

che du syndrome grave de dénutrition et les risques de tuberculose pulmonaire qu'il comporte.

Trois de nos malades avaient également des ulcus gastro-duodénaux non opérés. Ils supportent parfaitement la cure et dans aucun cas celle-ci n'a été suivie d'un réveil des douleurs. Il est bien évident que celle-ci devra être pratiquée à distance d'une crise.

Les affections colitiques sont représentées par 22 cas (1,04 %) de dysenterie amibienne et un cas de dysenterie bacillaire.

Affections cardiaques et vasculaires.

4 malades avaient des antécédents de rhumatisme articulaire aigu, un malade avait fait une chorée dans l'adolescence. Les séquelles étaient représentées dans trois cas par une insuffisance mitrale, dans un cas par un rétrécissement mitral. Un malade avait un rétrécissement aortique.

Des troubles du rythme sont observés dans deux cas: une arythmie complète et une bradycardie sinusale.

Deux malades avaient une insuffisance ventriculaire gauche bien compensée.

Deux malades avaient des lésions ischiémiques myocardiques objectivées par l'EGG.

Tous ces malades ont parfaitement supporté la cure. Les malades ayant des lésions myocardiques n'ont pas eu de réactions antabuse-alcool.

Une hypertension artérielle n'a pas été notée avec plus de fréquence chez les alcooliques chroniques que chez les malades non alcooliques et jamais nous n'avons retrouvé de chiffres tensionnels très élevés. Ces malades supportent très bien la cure et il est relativement fréquent de voir après la cure, sinon baisser de quelques unités les chiffres tensionnels, du moins disparaître de nombreux signes subjectifs de l'hypertension artérielle.

Les affections rénales sont représentées par un cas de lithiase rénale et par deux cas de néphrite chronique hypertensive et azotémique. Ces malades supportent également la cure sans incident.

Les maladies infectieuses sont dominées par le paludisme. 38 malades (1,97 %) avaient des antécédents paludéens, 3 malades avaient eu le typhus, 28 malades des ictères infectieux. Ces derniers malades ne semblaient pas plus que les autres exposés à une atteinte hépatique grave sous l'action de l'éthylisme.

20 malades avaient des antécédents de spécificité; 14 avaient une sérologie encore positive.

Troubles endocriniens :

2 malades présentaient une hyperthyroïdie.

11 malades avaient une impuissance partielle ou totale. Dans un cas cette impuissance était secondaire à une atrophie testiculaire, dans tous les autres cas, cette impuissance était liée à l'alcoolisme.

Signalons pour terminer que 8 de nos malades étaient atteints de surdité, et que leur isolement dû à cette surdité n'était pas toujours étrangère à la genèse de leurs habitudes alcooliques.

LES CAUSES

LE MILIEU SOCIAL

Nous avons deux éléments d'appréciation du milieu social : le domicile et la profession; le 2^e élément est beaucoup plus précis.

Le domicile.

Le recrutement de l'Hospice de Bicêtre est surtout constitué par des malades originaires de la Banlieue Sud de Paris et des arrondissements du Sud de la Capitale.

Paris	585 malades soit 30 %
Paris 12°, 13°, 14°, 15° arr.	216 malades soit 11 %
Paris 18°, 19°, 20° arr.	178 malades soit 9 %
Banlieue Sud	394 malades soit 20 %
— Est	171 malades soit 8 %
— Nord	136 malades soit 7 %
— Ouest	41 malades soit 2 %
Seine-et-Marne et Seine-et-Oise	116 malades soit 6 %
Province	240 malades soit 12 %
Sans domicile fixe	96 malades soit 4 %

Il faut souligner le nombre important de malades sans domicile fixe. Ils sont au départ, plus que les autres malades, dans des circonstances défavorables pour maintenir leur guérison après la cure. Le nombre des échecs est important mais le petit nombre de malades qui arrivent à se reclasser socialement et professionnellement est un argument suffisant pour ne pas écarter ces malades à priori de la cure.

La profession.

Sans profession 130 malades 6,76 %

Dans cette catégorie sont classés des malades qui n'ont aucune formation professionnelle, qui n'occupent aucun emploi d'une façon régulière, qui travaillent occasionnellement comme manœuvres.

Retraités 19 malades 0,98 %

Classés ensemble quelle que soit leur profession antérieure, leur caractère le plus commun est le désœuvrement.

Il y aurait certainement beaucoup à dire sur les conséquences des retraites prématurées, accordées dans certaines administrations.

Manœuvres 235 malades soit 12,23 %

Ouvriers spécialisés 546 malades soit 28,42 %

Nous avons séparé les deux catégories précédentes, car si elles appartiennent à une même classe sociale, elles se distinguent d'un degré.

Ouvriers des Services Publics 54 malades 2,81 %

Parmi eux sont classés les employés de voirie, éboueurs, cantonniers et jardiniers de la Ville de Paris.

Employés des Services Publics 228 malades 11,34 %

Comprend aussi bien des employés d'Administration, des fonctionnaires et parmi ceux-ci des ouvriers et des employés de bureau, mais le cadre administratif nous semble plus important que la différence de métier.

Employés des Services Privés 141 malades 7,33 %

La remarque précédente est également valable ici.

Conducteurs d'engins mobiles 70 malades 3,64 %

Conducteurs de camions, tracteurs, grues.

S.N.C.F. 358 malades 18,63 %

Commerçants 50 malades 2,60 %

La majorité est représentée par des commerçants d'alimentation.

Cuisiniers 17 malades 0,87 %

Cadres, Prof. libérales, Représentants 43 malades 2,23 %

C'est ici le niveau social qui permet de réunir ces malades.

Artisans 21 malades 1,09 %

Cultivateurs 9 malades 0,46 %

La faiblesse de ce dernier chiffre s'explique aisément par l'origine de notre recrutement.

Il est nécessaire de souligner que ces pourcentages ne représentent pas un tableau fidèle de l'intoxication éthylique chronique suivant les professions. Certains malades travaillant dans des services de sécurité sont plus fréquemment que d'autres adressés dans le service pour y subir une cure. Ceci explique, par exemple, certains pourcentages élevés comme celui des malades appartenant à la S.N.C.F.

CONDITIONS DE TRAVAIL

Il est intéressant de considérer les conditions de travail au moment de la cure.

Le nombre de malades en arrêt de travail pour une raison directement en rapport avec l'alcoolisme (maladie ou non) s'élevait à 86, soit 4,47 %.

114 malades, soit 5,93 %, avaient des ennuis professionnels par leur alcoolisme chronique et ce chiffre est sûrement inférieur à la réalité, les malades se montrant souvent discrets sur ce point.

44 malades avaient été licenciés (2,29 %) pour leur éthyliste.

Enfin 63 malades étaient en chômage (3,27 %).

Ces pourcentages paraissent peu élevés et cependant ils représentent plus de 15 % des malades. Ce chiffre est suffisant pour mesurer les incidences économiques de l'alcoolisme chronique. En effet, ils ne comprennent pas les accidents du travail.

Parmi nos malades, 11 seulement venaient d'avoir un accident du travail (0,57 %), où la responsabilité de l'éthyliste était évidente. Il ne s'agit ici que d'accidents du travail récents, et ce pourcentage ne peut avoir de valeur absolue, la responsabilité de l'alcoolisme dans leur genèse étant beaucoup plus élevée.

L'INTOXICATION ALCOOLIQUE

MOYENS D'INTOXICATION

Le pourcentage des différentes boissons alcoolisées est le suivant:

Boissons alcoolisées isolées :

	Nombre de malades	%
Vin	985	56,80
Bière	14	0,80
Cidre	1	0,05
Apéritifs	6	0,36
Alcools	1	0,05

Boissons alcoolisées associées :

Vin + bière	264	15,20
Vin + cidre	32	1,84
Vin + apéritifs	122	7,03
Vin + alcools	79	4,55
Vin + bière + cidre	9	0,51
Bière + apéritifs	1	0,05
Bière + alcools	1	0,05
Vin + bière + apéritifs	50	2,88
Vin + bière + alcools	65	3,75
Vin + cidre + alcools	5	0,28
Vin + bière + apéritifs + alcools	6	0,36
Vin + bière + cidre + apéritifs	5	0,28
Vin + apéritifs + alcools	53	3,05
Vin + bière + apéritifs + alcools	34	1,86
Apéritifs + alcools	2	0,10

Nous voyons donc que l'intoxication par le vin représente l'intoxication la plus répandue puisque près de 57 % des malades ne buvaient que du vin; et que le vin, associé à d'autres boissons alcoolisées, participe à l'intoxication dans 98,50 % des cas, jouant souvent le premier rôle en raison de son degré alcoolique.

Ces pourcentages peuvent paraître également influencés par l'origine géographique des malades. Cependant, un nombre relativement élevé de ceux-ci venaient de l'Est de la France, et l'étude de leur mode d'intoxication montrait que celui-ci différait très peu de celui des malades de la Région Parisienne.

Il faut également souligner la fréquence de l'ingestion d'apéritifs et d'alcools; on rencontre leur participation soit isolément, soit par association dans près de 25 % des cas. Nous n'avons tenu compte, pour l'établissement de ces pourcentages, que des apéritifs et des alcools pris quotidiennement et régulièrement.

CONSOMMATION QUOTIDIENNE EN GRAMMES D'ALCOOL

Le calcul en litres de vin ou de bière ne peut donner qu'imparfaitement la consommation journalière d'alcool des malades; il est absolument nécessaire d'exprimer cette consommation en grammes d'alcool.

Les chiffres donnés ci-dessous ne sont évidemment que des moyennes. Le degré des boissons alcoolisées variant parfois pour une même boisson d'une façon relativement importante. D'autre part, ces calculs ont été faits sur des données subjectives fournies par les malades qui ont souvent tendance à minimiser leur intoxication. Ces données ont été rectifiées chaque fois que nous avons pu le faire après la cure où les malades se montrent moins réticents et beaucoup plus francs.

Les chiffres utilisés pour ces calculs sont ceux fournis par le *mémento* Geigy, édition 1956, composition chimique des aliments, page 234, où l'on trouvera la bibliographie correspondante. Les teneurs en alcool pour 100 grammes sont pour le vin (en moyenne) de 7,50 gr.; la bière, 4,40 gr., le cidre, 5,20 gr., les eaux-de-vie, 40 gr., les apéritifs 15 gr.

Nota. — Il faut signaler cependant que 90 % de nos malades, buveurs de vin, boivent du vin titrant 11°.

Consommation en grammes	nombre de malades	pourcentages
Moins de 50 gr. par jour ..	6	0,36 %
De 50 à 99 gr.	80	4,87 %
De 100 à 149 gr.	190	11,50 %
De 150 à 199 gr.	563	34,50 %
De 200 à 249 gr.	420	25,60 %
De 250 à 299 gr.	116	7,07 %
De 300 à 349 gr.	145	8,84 %
De 350 à 399 gr.	58	5,53 %
De 400 à 449 gr.	19	1,15 %
De 450 à 499 gr.	21	1,28 %
De 500 à 550 gr.	12	0,73 %
Au-dessus de 550 gr.	10	0,70 %

Ces résultats permettent de diviser les malades en trois grandes catégories :

— Une première catégorie comprenant les malades buvant de 150 à 250 grammes d'alcool par jour. Ces malades sont les plus nombreux (983 malades, soit près de 60 %). Cette consommation exprimée en litres de vin, représente environ une consommation quotidienne de deux à quatre litres de vin par jour. Il faut noter cependant que les malades buvant entre deux et trois litres sont plus nombreux que ceux buvant entre trois et quatre litres par jour.

— Une seconde catégorie comprend les malades absorbant plus de 250 grammes d'alcool par jour, soit environ plus de quatre litres de vin. Ils représentent environ 24 % des malades. Ce chiffre est impressionnant et donne une idée du degré d'imprégnation de nos malades, mais il n'étonne plus quand on fréquente les consultations d'alcooliques chroniques.

Une dernière catégorie, 16 % environ des malades, boivent moins de deux litres de vin par jour, moins de 150 grammes d'alcool par jour. Ces malades, le plus souvent travailleurs manuels, sont cependant des alcooliques chroniques dont l'état nécessite une cure de désintoxication. Ces malades deviennent des alcooliques chroniques en buvant de un à deux litres de vin par jour (consommation considérée par les malades comme une consommation « normale »).

L'établissement de cette correspondance entre la consommation en grammes d'alcool et son expression en litres de vin est évidemment artificielle, puisque souvent les malades complètent leur intoxication par des apéritifs et des alcools, mais l'importance des pourcentages d'intoxication uniquement ou à prédominance vinique la rend cependant assez proche de la vérité.

DUREE DE L'INTOXICATION ETHYLIQUE

Cette ancienneté de l'intoxication éthylique au moment de la cure est évidemment établie en fonction des données subjectives fournies par les malades. Certains malades disent ne boire que depuis quelques années, à la suite d'une cause déclenchante quelconque, alors qu'en réalité, depuis de nombreuses années auparavant, ils avaient une consommation d'alcool journalière importante qu'eux-mêmes considéraient comme parfaitement normale.

Les durées d'intoxication au moment de la cure en fonction du nombre de malades sont représentées par le schéma suivant :



L'examen de ce graphique permet plusieurs remarques :

Les alcoolismes chroniques datant de moins de trois ans sont peu nombreux. Il s'agit, dans la majorité des cas, d'alcoolismes réactionnels et cela confirme la notion que l'alcoolisme chronique masculin est un alcoolisme professionnel, un alcoolisme d'habitude, de longue durée.

D'autre part, nous notons deux clochers : le premier correspond aux malades buvant depuis 10 à 15 ans ; il s'explique par la reprise des habitudes alcooliques après la guerre et ses privations. Le second correspond aux malades buvant depuis 20 ou 25 ans ; il s'explique par le fait que la majorité de nos malades ont entre 40 et 50 ans et que leur alcoolisme a débuté dans l'armée ou lors de leur entrée dans leur profession.

Les durées d'intoxication représentées correspondent à une intoxication habituelle et quotidienne. L'intoxication épisodique est, en effet, rare dans l'alcoolisme masculin, puisque nous ne l'avons rencontrée que chez 36 malades.

Causes ayant une action favorisante ou déclenchante sur l'alcoolisme masculin.

Parmi les causes invoquées par les malades pour justifier leur alcoolisme, on retrouve des difficultés conjugales dans 144 cas, le décès de la femme dans 27 cas, le décès d'un enfant dans 6 cas.

Des ennuis moraux sur lesquels les malades ont refusé de s'expliquer dans 27 cas, des ennuis familiaux dans 25 cas.

Des difficultés de logement dans 29 cas.

Le retour de captivité dans 13 cas ou de déportation dans 7 cas, semblait marquer le début de l'intoxication. Réaction contre un long sevrage ou conséquence de ce long et total sevrage conjugué à des carences multiples ?

Il faut signaler que 106 malades ont avoué avoir commencé à boire dans l'armée, ce qui n'est pas négligeable et sûrement inférieur à la réalité. 73 de ces malades avaient pris l'habitude de boire au cours d'un séjour colonial coïncidant avec leur service militaire. 7 autres malades avaient commencé à boire au cours d'un séjour outre-mer.

Nous ne nous étendrons pas sur ces causes, elles agissent parfois par l'intermédiaire d'un état dépressif comme cela a été vu plus haut. D'autre part, ce sont des données subjectives fournies par les malades qui recherchent souvent une excuse à leur intoxication. Enfin, fréquemment, les ennuis disparaissent, mais les habitudes éthyliques demeurent.

CHAPITRE II

Manifestations de l'alcoolisme chronique masculin

TROUBLES ORGANIQUES

Troubles digestifs.

Les troubles digestifs mineurs sont extrêmement fréquents puisqu'on les rencontre dans 998 observations, soit 51,90 %. Il est plus intéressant de noter qu'au moment de la cure, 355 malades, soit 18,40 %, avaient une anorexie globale.

Troubles de l'état général.

Cette fréquence des troubles digestifs souvent graves, entraînant un état carentiel plus ou moins prononcé, explique le retentissement sur l'état général sous forme d'un amaigrissement dans 155 cas, soit 8 %, d'une asthénie intense, bien différente de l'asthénie habituelle à l'alcoolisme chronique dans 149 cas, soit 7,70 %. Il ne nous a pas été malheureusement possible de chiffrer cet amaigrissement.

Troubles hémorragiques :

124 malades, soit 6,45 % présentaient des signes hémorragiques mineurs (épistaxis, ecchymoses, gingivorragies).

17 malades (0,88 %) avaient fait une ou plusieurs hématoméses; 19 (0,98 %) avaient fait un méloena ou des hémorragies intestinales.

Troubles hépatiques.

Une hépatomégalie est très fréquemment observée au cours de l'examen (667 malades, soit 34,70 %), une atrophie du foie est beaucoup plus rare (30 malades, soit 1,56 %).

Mais on sait bien maintenant que le degré de stéatose ou de sclérose est sans aucun parallélisme avec le volume hépatique, les ponctions biopsies du foie, pratiquées de façon plus courante, l'ont bien mis en évidence.

Les modifications du volume hépatique s'accompagnaient dans 145 cas, soit 7,54 % de signes d'hypertension portale.

Le bilan hépatique était anormal chez 408 malades (21,23 %). Les épreuves de floculation les plus fréquemment perturbées étaient les sui-

vantes : Kunkel phénol (63 %); red colloïdal test (48 %), Hanger (30 %); Kunkel simple (24 %); Gros (10 %); Mac Lagan (8 %).

Nous ne pouvons donner le pourcentage des dosages de cholestérol total et estérifié, ainsi que des dosages de protides, ceux-ci n'ayant pas été pratiqués chez tous les malades.

Troubles nerveux.

Des signes de polynévrite au début sont observés dans 79 cas (4,11 %); une polynévrite confirmée et complète des membres inférieurs existait dans 76 cas (3,95 %).

Une baisse subjective de l'acuité visuelle est reconnue par 145 malades (7,54 %). Cette baisse de l'acuité visuelle correspondait dans 44 cas (2,29 %) à une névrite optique rétro-bulbaire, mise en évidence par l'examen ophtalmologique.

Il existe manifestement pour certains malades un tropisme de l'alcool pour le système nerveux : ce sont les candidats à la polynévrite éthylique, à la névrite optique, aux troubles psychiques, aux crises comitiales, et pour d'autres un tropisme de l'alcool pour les systèmes digestif et hépatique, ce sont les candidats à la cirrhose; mais il est bien rare que chez ces malades alcooliques chroniques, tous les systèmes ne soient pas atteints à des degrés divers.

Manifestations neuro-psychiques.

Les troubles du sommeil sont extrêmement fréquents chez ces malades (1013, soit 52,70 %).

Plus intéressants sont *les troubles caractériels*. Ces troubles sont, en effet, la marque du psychisme de l'alcoolique chronique. Leur pourcentage est très élevé (625 malades, soit 32,50 %); près du tiers de nos malades en sont affectés.

Ces troubles caractériels se traduisent souvent par *des troubles du comportement* (131 malades, soit 6,80 %). Ces troubles du comportement se manifestent souvent sous la forme de violence vis-à-vis de l'entourage, soit familial, soit professionnel. L'image de la brute domestique se justifie aisément.

Ces troubles du comportement prennent parfois la forme *d'impulsions*. Des impulsions s'observent chez trois de nos malades, dans un cas, il s'agissait d'impulsion au vol de voitures, lorsque le malade était en état d'ébriété; dans les deux autres cas, les malades reconnaissent être poussés au vol pour continuer à boire.

Deux autres malades présentaient des impulsions sous la forme d'épisodes dipsomaniaques, épisodes survenant sur un fond d'alcoolisme chronique important, les malades augmentant certains jours brusquement leur consommation alcoolique et buvant alors tout ce qu'ils trouvaient autour d'eux jusqu'à de l'alcool à 90°.

Une perversion sexuelle sous forme d'attentats à la pudeur en état d'ébriété se rencontrait dans deux cas, ayant dans les deux cas entraîné une incarcération.

Les manifestations neuro-psychiques de l'alcoolisme chronique observées chez nos malades sont diverses, variables et souvent associées.

Les malades ont été étudiés, en fonction de la manifestation neuro-psychique dominante. Noter que 48 malades avaient un affaiblissement intellectuel, que 19 malades étaient désorientés dans le temps et dans l'espace est insuffisant et il est nécessaire d'étudier ces troubles en fonction de leur contexte.

Dans 6 cas, un *affaiblissement intellectuel* dominait le tableau clinique :

Malade de 53 ans, cantonnier, boit un litre et demi depuis de nombreuses années, affaiblissement global des facultés intellectuelles; à l'EG pas d'atrophie cérébrale...

Malade de 45 ans, libreur de bière, boit de la bière en quantité indéterminée, troubles caractériels et affaiblissement intellectuel, deux délirium trémens; atrophie cérébrale diffuse.

Malade de 45 ans, boit un litre et demi de vin par jour, affaiblissement intellectuel, atrophie corticale diffuse avec importante dilatation ventriculaire du côté gauche...

Malade de 35 ans, boit deux litres de vin depuis dix ans, atrophie corticale diffuse...

Malade de 50 ans, boit 8 litres de vin par jour depuis 10 ans, a réduit depuis peu sa consommation à 5 litres, atrophie cérébrale diffuse...

Malade de 46 ans, boit deux litres de vin, affaiblissement global des facultés intellectuelles, atrophie corticale diffuse.

Ces malades sont des malades relativement jeunes, et leur consommation quotidienne d'alcool n'est pas toujours très élevée.

Les troubles de la mémoire sont fréquents puisqu'on les rencontre dans 131 observations (6.81 %).

Dans 5 cas, ils dominaient le tableau clinique et semblaient isolés. Dans 4 de ces cas, on notait une atrophie cérébrale.

Dans 12 cas, des troubles de la mémoire étaient associés à une *désorientation temporo-spatiale*; 6 de ces cas avaient une atrophie cérébrale.

Dans deux cas, l'association aux troubles de la mémoire, à la désorientation, d'une *fabulation* chez un malade ayant par ailleurs une *polynévrite éthylique* permettait de poser le diagnostic de *psychose polynévritique* ou *maladie de Korsakoff*. Ces deux malades avaient une atrophie cérébrale.

L'association des troubles de la mémoire à un *affaiblissement intellectuel* marqué se retrouvait chez six malades dont cinq avaient une atrophie cérébrale.

Dans 4 cas, une *confusion grave* résultait de l'association de troubles de la mémoire, d'une *désorientation temporo-spatiale* et d'un *affaiblissement intellectuel*. Trois de ces malades avaient une atrophie cérébrale.

Dans un cas, cette confusion mentale grave allait jusqu'à la *démence alcoolique*. L'atrophie corticale était importante.

La perte du sens critique donnait chez deux malades un tableau de *pseudo-paralysie générale alcoolique*. L'atrophie cérébrale n'a pu être vérifiée que dans un cas.

Trois malades enfin présentaient une *encéphalopathie de Gayet Wernicke*. Tous les trois avaient une atrophie cérébrale.

Des idées de jalousie se rencontrent dans 8 cas. Dans 4 cas, ces idées prenaient la forme d'un *délire* :

Malade de 45 ans, plombier, deux litres de vin par jour, troubles caractériels graves, troubles du comportement, violences, vols pour boire; idées délirantes de jalousie, idées de meurtre.

Malade de 55 ans, manœuvre, deux litres de vin, un litre de bière, un apéritif par jour, plusieurs ivresses par semaine, idées délirantes de jalousie; associées à des idées de persécution.

Malade de 54 ans, mécanographe, anxieux, jalousie morbide, idées délirantes d'interprétation, hallucinations visuelles et olfactives...

Malade de 42 ans, manœuvre, trois litres de vin, idées délirantes de jalousie; EEG normal...

Compte tenu de la consommation moyenne pour la profession de ces malades, les idées de jalousie atteignent souvent une grande violence.

Des idées de persécution sont rencontrées chez 9 malades. Chez 6 de ces malades, ces idées de persécution s'intégraient dans un délire qui, dans 2 cas s'accompagnait de fabulation, dans 2 autres d'hallucinations.

Les hallucinations se rencontrent dans 15 observations. Dans la majorité des cas, il s'agit d'alcooliques chroniques qui ont une consommation quotidienne d'alcool très élevée.

Les hallucinations les plus fréquemment rencontrées sont des hallucinations visuelles (9 cas). Dans six cas, elles semblaient isolées, chez 3 malades, elles s'accompagnaient de troubles graves de la mémoire; dans deux cas elles faisaient partie d'un délire alcoolique subaigu.

Dans deux cas, ces hallucinations visuelles s'associaient à un état dépressif avec idées de suicide.

Dans deux cas, ces hallucinations visuelles étaient associées à des hallucinations auditives, au centre d'un tableau de délire alcoolique subaigu, l'un de ces malades était également morphinomane.

Dans un cas, les hallucinations auditives entraînaient une agoraphobie et avaient été suivies d'une tentative de suicide.

Malade de 44 ans, hallucinations visuelles, idées délirantes mal systématisées.

Malade de 45 ans, fonctionnaire, rapatrié de Djibouti, buvait plus d'un demi-litre de rhum par jour...

Malade de 50 ans, magasinier, boit un litre de vin, 2 apéritifs et un alcool par jour, soigné pour un état dépressif six ans avant par une série de 15 chocs, hallucinations visuelles avec interprétations.

Malade de 54 ans, mécanographe, hallucinations visuelles et olfactives, idées délirantes d'interprétation, a déjà été soigné par une série de chocs, fond d'anxiété et de jalousie morbide.

Délire alcoolique subaigu.

65 malades présentaient au moment de leur hospitalisation dans le service un délire alcoolique subaigu.

Nous comprenons sous ce terme les malades présentant un état confusionnel et un onirisme, sans signes généraux graves. Ces états demandent un traitement rapide si l'on veut éviter le passage au stade de délirium.

Nous en avons séparé précédemment les malades qui présentaient des hallucinations anciennes, pour ne classer sous ce titre que les malades qui faisaient leur premier épisode délirant.

Tous ces exemples nous montrent que les manifestations neuro-psychiatriques graves sont fréquentes chez les alcooliques chroniques.

Elles correspondent presque toujours à des lésions nerveuses irréversibles.

Il faut souligner ici l'importance de l'encéphalographie gazeuse pour faire un bilan exact de ces lésions.

Cet examen permet, en effet, de mieux connaître les lésions nerveuses de l'alcoolisme chronique. Elle n'est pas pratiquée, bien entendu, de façon systématique, mais elle est très intéressante dès qu'il est nécessaire de faire un bilan anatomique exact, de porter une indication ou un pronostic de la cure.

84 malades ont eu une encéphalographie (4,30 %). Dans 73 cas,

elle a permis de mettre en évidence une atrophie cérébrale (3,80 %). Ce pourcentage sur l'ensemble des malades ne correspond sans doute pas à la fréquence de l'atrophie cérébrale au cours de l'alcoolisme chronique. Si des manifestations neuro-psychiatriques graves correspondent presque toujours à des lésions nerveuses anatomiques irréversibles, il est des cas où des lésions irréversibles sont sans traduction clinique, où le comportement du malade est apparemment normal.

Chez certains malades, dont l'intoxication est importante, les lésions nerveuses sont précoces :

Malade de 33 ans, boit trois litres de vin par jour depuis 5 ans, atrophie cérébrale au début.

Malade de 36 ans, manœuvre, nombreuses ivresses par semaine, atrophie cérébrale diffuse.

Malade de 39 ans, cantonnier, 4 litres de vin par jour depuis quinze ans, troubles caractériels importants. EEG: souffrance bitemporale diffuse, atrophie corticale diffuse.

Malade de 40 ans, boit 5 litres de vin par jour depuis 20 ans, début d'atrophie cérébrale.

Chez d'autres malades, une intoxication relativement modérée mais prolongée aboutit également à des lésions nerveuses irréversibles :

Malade de 49 ans, éthyliste épisodique, troubles caractériels, atrophie corticale diffuse.

Malade de 46 ans, deux litres de vin depuis toujours, dilatation ventriculaire importante, atrophie corticale à prédominance frontale.

Malade de 54 ans, un litre et demi de vin depuis 30 ans, atrophie corticale diffuse.

Malade de 61 ans, boit un litre de vin depuis toujours, atrophie corticale, dilatation ventriculaire asymétrique.

Malade de 58 ans, deux litres de vin par jour, dilatation diffuse des ventricules.

Enfin, chez les malades ayant une intoxication quotidienne importante, les lésions nerveuses sont presque constantes :

Malade de 57 ans, trois litres de vin et trois alcools par jour; atrophie corticale importante.

Malade de 55 ans, 4 litres de vin et un litre de bière depuis toujours, dilatation des ventricules latéraux et du troisième ventricule...

La réalité de ces lésions anatomiques de l'alcoolisme chronique correspondant le plus souvent à des lésions irréversibles, permet de souligner la nécessité d'un bilan neuro-psychiatrique précis, soigneux et complet avant la cure. Car, si souvent les limites de la désintoxication sont étendues au maximum (c'est la seule thérapeutique qui puisse avoir une action, toutes les autres demeurant vaines si le sevrage n'est pas obtenu), ce bilan, complété au besoin par l'encéphalographie gazeuse, entraînera une surveillance accrue au cours de la post-cure, d'autant plus régulière que des lésions encéphaliques auront été constatées.

Fuges. — Des fugues après des excès éthyliques ont été faites par cinq malades.

Trois de ces malades avaient des antécédents psychiatriques chargés et avaient fait des fugues dans leur enfance et dans leur adolescence. L'éthyliste chronique ne faisait qu'aggraver la fréquence de ces fugues et elles étaient assez nombreuses.

Par contre, deux malades avaient fait une seule fugue en état d'ébriété; ces deux malades n'en avaient jamais fait auparavant.

Tentatives de suicide en dehors de tout état dépressif.

Les tentatives de suicides en dehors de tout état dépressif sont relativement fréquentes chez les alcooliques chroniques. 18 malades avaient fait une ou plusieurs tentatives.

Ces tentatives de suicide se produisent toujours en état d'ivresse et le plus souvent, elles ne sont pas motivées. Trois seulement s'étaient produites après une cause extérieure : dans un cas après des difficultés familiales, dans deux cas après que la femme ait quitté le domicile. Dans tous les autres cas, les malades sont incapables de donner des raisons à leur acte, sinon qu'ils avaient toujours agi en état d'ébriété. Ce sont toujours des malades qui boivent beaucoup, dans tous les cas, plus de trois litres de vin par jour, et qui présentent plusieurs ivresses par semaine. Ces tentatives demandent à être bien connues car elles se répètent fréquemment. D'autre part, ce sont des malades qui, s'ils acceptent et subissent la cure, devront être surveillés et suivis avec beaucoup de soin. S'ils rechutent, ils répéteront souvent leurs tentatives peu de temps après la reprise de l'intoxication.

Trois autres malades reconnaissaient avoir des idées de suicide au moment des ivresses, mais n'avaient jamais fait de tentative de suicide. Ces trois malades buvaient également plus de trois litres de vin par jour et étaient ivres plus de cinq fois par semaine.

Un seul malade de 45 ans, buvant trois litres de vin et trois litres de bière par jour, 7 ivresses par semaine, menaçait son entourage de se suicider au moment des ivresses.

Crises comitiales.

Le problème de la comitialité des sujets éthyliques est difficile à circonscrire. On sait la difficulté de faire la part du terrain et la part de l'éthyle.

Parmi nos malades, 106, soit 5,55 % avaient des antécédents de comitialité sous forme de crises généralisées avec phases cloniques et toniques, morsure de la langue, perte des urines et amnésie post-critique.

Sur ces 106 malades, 7 seulement (6 %) avaient une comitialité que l'on pouvait considérer comme essentielle. Ces cas ont été étudiés plus haut. Dans tous les cas, la comitialité remontait à l'enfance, elle avait précédé l'intoxication éthylique. C'est le seul critère qui permette de les différencier. Ce critère n'est cependant pas absolu, car nous avons vu l'action aggravante de l'alcoolisme, qui pourrait être incriminée dans la survenue ou dans l'augmentation de la fréquence des crises à l'âge adulte. Enfin, sur ces 7 cas de comitialité dite essentielle, 2 seulement avaient un EEG altéré, un seul avait un tracé typiquement comital.

Considérons maintenant les 99 malades ayant des crises comitiales généralisées apparues après le début de leur intoxication alcoolique, et à la faveur de cette étude, nous chercherons à dégager les caractères des crises comitiales chez l'alcoolique chronique.

Nous avons séparé ces malades en deux séries. Dans la première série de 77 malades, les crises comitiales généralisées semblaient apparemment indépendantes de l'éthylisme chronique; dans la seconde, les crises survenaient toujours au moment d'un excès éthylique ou immédiatement après celui-ci.

Crises comitiales généralisées apparemment indépendantes de l'éthylisme

Dans tous les cas, il s'agissait de crises généralisées typiques, deux de ces malades avaient des absences entre les crises généralisées, un seul avait des crises localisées de type Bravais Jacksonien.

Dans 41 cas sur 77 (58 %) les crises comitiales étaient apparues moins d'un an avant la cure.

Dans 9 cas, elles étaient apparues entre un et deux ans.

Dans 5 cas, entre deux et cinq ans.

Dans 8 cas, entre cinq et dix ans.

Dans 14 cas, l'ancienneté de la comitialité était supérieure à dix ans; dans 8 cas, elle datait de 10 à 15 ans et dans 6 cas, elle remontait à plus de 15 ans.

Ce que nous pouvons déjà dire, c'est qu'il s'agit d'une comitialité récente, puisque près de 65 % des crises dataient de moins de deux ans.

Toujours dans l'étude de cette série, voyons le rythme des crises.

Dans 24 cas, les malades n'avaient fait qu'une seule et unique crise comitiale.

Dans 25 cas, ils avaient fait entre deux et cinq crises.

Dans 28 cas, ils avaient fait plus de 5 crises; et ces crises avaient une fréquence qu'il n'a été possible de préciser que dans 9 cas.

Sur ces 9 cas :

Deux malades avaient moins d'une crise par mois.

Quatre malades avaient une crise par mois.

Les trois derniers malades avaient plus d'une crise par mois; deux, quatre et six crises par mois.

Donc, dans plus des deux tiers des cas, le nombre de crises comitiales est extrêmement faible.

On pourrait objecter que la crise comitiale étant, par elle-même, pour le sujet ou pour son entourage un signal d'alarme suffisamment éloquent, le malade vient se faire soigner avant que les crises ne se répètent. Ceci est vrai dans un certain nombre de cas, mais nos alcooliques sont des malades chroniques qui boivent souvent depuis de très longues années (voir les durées d'intoxication).

Parmi ces 77 malades, il est un fait que l'on retrouvera plus loin : l'EEG est très souvent normal.

En effet, 65 malades (84 %) avaient un EEG normal ou subnormal.

9 malades avaient un EEG altéré.

3 malades seulement avaient des altérations comitiales dans leur tracé électroencéphalographique.

Signalons qu'il n'y a strictement aucun rapport entre l'ancienneté de la comitialité, le rythme des crises, l'importance de l'intoxication et les altérations de l'EEG. Nous en donnerons des exemples plus loin.

Crises comitiales manifestement en rapport avec l'éthylisme.

Cette série se compose de 15 malades.

Ces malades avaient également des crises comitiales typiques.

Dans 8 cas (53 %), les crises comitiales étaient apparues dans l'année qui précédait la cure; dans un cas, elles étaient apparues entre un et deux ans; dans trois cas, entre deux et cinq ans; dans deux cas, entre cinq et dix ans, et seulement dans un cas, elles dataient de plus de dix ans, onze ans exactement.

Deux malades avaient fait une seule crise généralisée.

Deux malades avaient fait de deux à cinq crises.

Onze malades avaient fait plus de cinq crises convulsives, mais le rythme n'a pu être précisé que dans 4 cas : trois malades faisaient deux crises par mois, un malade avait environ huit crises par mois.

Pour ces 15 malades : l'EEG montrait des altérations comitiales dans un cas; il était altéré dans son ensemble sans lésions typiques dans le second; et il était normal dans les 13 autres cas.

Pour cette seconde série, il n'existait pas non plus de parallélisme entre les caractères des crises et les altérations encéphalographiques.

Voici des exemples de malades ayant des crises généralisées anciennes et relativement fréquentes et dont l'EEG est normal ou subnormal:

Malade de 22 ans, boit depuis l'âge de 15 ans, un litre de vin, un litre de bière tous les jours, plus de l'alcool certains jours, ne s'arrêtant que quand il est ivre, plusieurs ivresses par semaine, crises généralisées depuis trois ans; EEG normal.

Malade de 40 ans, cultivateur, boit 4 à 7 litres depuis 15 ans, crises typiques depuis 13 ans, une crise par mois; EEG normal.

Malade de 53 ans, employé à la S.N.C.F., boit deux litres de vin par jour, crises comitiales généralisées depuis dix ans, deux crises par mois environ; EEG très légèrement anormal.

Malade de 27 ans, ouvrier spécialisé, boit trois litres de vin et un litre de bière depuis six ans, crises comitiales depuis la même date, EEG très légèrement altéré.

A l'opposé, des malades ayant présenté une seule crise comitiale ont un EEG altéré ou comitial :

Malade de 40 ans, forgeron, boit deux litres de vin depuis 30 ans, une seule crise comitiale typique un mois avant la cure; EEG altéré sans signe de localisation.

Malade de 25 ans, ouvrier spécialisé, boit trois litres de vin par jour depuis quatre ans, une crise comitiale typique un mois avant son entrée dans le service; EEG comitial.

Enfin, dans certains cas d'intoxication importante et ancienne, les crises généralisées, manifestement d'origine alcoolique, s'accompagnent d'un EEG altéré :

Malade de 51 ans, boit depuis 31 ans, trois litres de vin par jour, crises généralisées de rythme non précisé depuis une vingtaine d'années, avec cependant disparition des crises entre 1940 et 1944 (sevrage forcé pendant la guerre), un délirium en 1926; EEG altéré.

Malade de 27 ans, boit trente verres de rhum depuis 7 ans, crises convulsives généralisées au cours des ivresses, une crise tous les quinze jours; EEG typiquement comitial.

Deux malades avaient des absences manifestement en rapport avec l'intoxication éthylique. Dans l'un de ces cas, les absences étaient isolées, dans l'autre cas, elles se produisaient entre les crises généralisées.

Signalons que deux malades comitiaux avaient une toxicomanie associée à l'éthyle :

Malade de 30 ans, aide magasinier, boit depuis 12 ans, trois litres de vin rouge et un quart de litre d'éther par jour; crises généralisées depuis le début de son intoxication; EEG normal, plusieurs tentatives de suicide sans état dépressif. Malade suivi 5 ans, abstinence vin et éther, n'a eu aucune crise depuis son traitement.

Malade de 29 ans, opérateur sténotypiste, boit un litre et demi de vin et deux litres de bière par jour, prend également 40 comprimés de maxilon par jour depuis trois mois; deux crises comitiales dans les trois derniers mois. Suivi pendant neuf mois après la cure avec un assez bon résultat, n'a pas eu de crise depuis sa sortie du service.

Sur les 99 malades ayant des antécédents comitiaux d'origine apparemment éthylique, 18 avaient fait un ou plusieurs délirium trémens depuis le début de leur intoxication.

Enfin 13 de ces malades avaient un fond de débilité mentale; ce qui serait un argument indirect au fait que la comitialité essentielle est rare chez les alcooliques, la proportion de débilité mentale étant beaucoup plus importante chez les comitiaux non alcooliques.

En conclusion, l'étude de ces deux séries de malades nous permet de dégager un certain nombre de notions :

Les caractères de la comitialité dans ces deux séries de malades sont communs; ce sont :

- des crises comitiales récentes,
- de fréquence peu élevée,
- s'accompagnant souvent d'un EEG normal.

Ce sont, nous semble-t-il, les caractères essentiels des crises comitiales chez l'alcoolique chronique. Il est enfin un dernier caractère qui ne se dégage que par l'étude de ces malades après la cure et qui permet d'affirmer l'étiologie alcoolique de ces crises : elles disparaissent dans la majorité des cas avec le sevrage et avec l'abstinence.

C'est pourquoi nous basant sur ces critères, nous pensons pouvoir affirmer que 90 à 95 % des crises comitiales observées chez les alcooliques chroniques relèvent de l'intoxication éthylique.

Une crise comitiale chez un éthylique chronique, ne devra cependant jamais et dans aucun cas dispenser d'un examen neurologique soigneux et des examens complémentaires: fond d'œil, radiographies du crâne, EEG à mettre en oeuvre devant toute crise comitiale.

Le problème *des pertes de connaissance au cours de l'alcoolisme chronique* doit être traité après celui des crises comitiales, car il s'en rapproche sur de nombreux points.

Ces pertes de connaissance sont des manifestations aiguës de l'alcoolisme chronique dont les caractères commencent à être bien connus : ces pertes de connaissance sont brutales, inopinées, souvent sans prodromes, avec, seulement dans quelques cas, une sensation de malaise, parfois un vertige. Elles entraînent une chute, ne s'accompagnent pas de convulsions, très rarement de perte des urines, et le coma post-critique est généralement de courte durée. Elles surviennent soit au cours d'un excès éthylique important, soit, au contraire, après une ingestion modérée d'alcool. Dans ce dernier cas, un terrain carencé, une sous-alimentation ou une anorexie globale, la période préprandiale, un effort physique, sont des éléments qui favorisent leur survenue. La perte totale de la conscience peut ne pas être absolue, ainsi que l'amnésie post-critique. Enfin, ces pertes de connaissance disparaissent avec les habitudes d'intempérance.

53 malades, soit 2,80 %, avaient présenté de telles pertes de connaissance.

Dans 40 observations (75 %), elles étaient survenues moins de un ans avant la crise.

Dans 5 cas, entre un et deux ans.

Dans 5 cas, entre deux et ans.

Dans 3 cas, entre cinq et dix ans.

Ces pertes de connaissance avaient été uniques dans 27 cas. 16 malades avaient fait entre deux et cinq crises. Dans dix cas, elles survenaient plus fréquemment, mais le rythme ne pouvait être précisé que dans 2 cas; dans 1 cas, 3 fois par an, dans l'autre 4 fois par mois.

On retrouve donc pour ces pertes de connaissance les mêmes caractères d'évolutivité que pour les crises comitiales observées plus haut.

Chez un malade, ces pertes de connaissances s'accompagnaient d'un EEG comitial. Dans trois cas, il était altéré. Dans tous les autres cas, il était normal.

Dans un seul cas, nous avons la notion de leur survenue à l'acmé d'un excès éthylique. Mais leur disparition après la cure permet de considérer ces pertes de connaissance comme des manifestations aiguës de l'éthylisme chronique.

Ivresses :

308 malades, soit 16 %, présentaient des ivresses.

200 d'entre eux étaient capables de préciser leur nombre d'ivresses par semaine.

65, soit 32 %, présentaient une seule ivresse par semaine.

25, soit 12 %, deux ivresses par semaine.

26, soit 13 %, trois ivresses par semaine.

14, soit 7 %, quatre ivresses par semaine.

1, soit 1 %, cinq ivresses par semaine.

1, soit 1 %, six ivresses par semaine.

65, soit 32 %, étaient ivres tous les jours de la semaine, et cette ivresse chronique durait quelquefois depuis plusieurs mois ! ! !

Délirium trémens :

189 malades, soit près de 10 %, avaient fait avant la cure, un ou plusieurs délirium trémens; ce chiffre est extrêmement important et peut-être inférieur à la réalité. Rappelons que certains services hospitaliers parisiens reçoivent plus de trois délirium par semaine.

CHAPITRE III

La cure de désintoxication

Origine des malades.

Un certain nombre de malades sont envoyés par leur médecin traitant (203 malades, soit 10 %). D'autres sont envoyés par le médecin du travail de leur usine ou de leur administration (460, soit 23 %). Enfin, des malades sont dirigés vers le Service de désintoxication par d'autres services de l'Hospice de Bicêtre ou par un autre Hôpital de la Région Parisienne (102 malades, soit 5 %).

Les autres malades (62 %) sont venus consulter d'eux-mêmes, mais souvent, la cure leur avait été indiquée par le Service social de leur entreprise, par leur Commissaire de Police, à la suite d'un scandale sur la voie publique.

Des malades sont également dirigés sur le service de désintoxication par le Comité National de Défense anti-alcoolique, par les mouvements anti-alcooliques ou d'anciens buveurs (Vie Libre, etc...).

Enfin, des alcooliques chroniques ont été touchés par la Propagande sous forme d'affiches, d'articles dans les journaux ou de Films Actualités. Nous pensons que cette propagande, si elle est faite avec intelligence et beaucoup de tact, est utile dans notre Pays où le mythe du « vin, soutien du travailleur » est malheureusement tenace.

Malades volontaires, semi-volontaires et contraints.

Nous voulons nous expliquer sur ces termes. L'un des principes de la cure de désintoxication est de s'adresser uniquement à des malades volontaires pour se soigner.

Ces malades volontaires pour la cure, après qu'on leur eût donné l'explication détaillée de ses modalités, sont les plus nombreux (94 %).

Nous appelons semi-volontaires, les malades qui se montrent réticents et qui n'acceptent la cure que sous la pression de leur entourage ou de leur femme (5 % des malades).

Nous appelons malades contraints, ceux qui n'acceptent la cure que sous la pression de leur administration ou de leur médecin du travail, un licenciement sanctionnant leur refus de se faire soigner. (Ces malades sont peu nombreux : 1 %).

Mais nous voulons insister sur le fait que :

Jamais nous ne tentons de désintoxiquer un malade qui nie son éthylisme.

Jamais nous n'hésitons, après un interrogatoire soigneux, nécessitant la mise en confiance du malade, un examen précis et complet et, au besoin, quelques jours d'observation avec hospitalisation, à refuser la désintoxication à un malade qui peut être l'objet d'une méprise (absences ou équivalents comitiaux pris pour des troubles du comportement d'origine éthylique, par exemple) et qui boit modérément.

Jamais nous ne désintoxiquons un malade malgré lui et sans lui expliquer les modalités du traitement.

Enfin, il n'est pas nécessaire d'insister sur le fait que ces malades sont de mauvais cas, aux rechutes souvent précoces.

Malades ayant déjà subi une cure de désintoxication.

310 malades (16 %) avaient déjà fait une ou plusieurs cures de désintoxication.

244 malades (78 %) sur ces 310 malades avaient fait une seule cure.

49 malades (15 %) avaient fait deux cures.

14 malades (4 %) avaient fait trois cures.

2 malades (0,6 %) avaient fait quatre cures.

1 malade (0,3 %) avait fait cinq cures avant de venir consulter le Service.

Soit en tout 397 cures antérieures de désintoxication.

Sur ces 397 cures, on relève :

109 cures ambulatoires (27 %).

185 cures avec hospitalisation (46 %), mais deux malades seulement avaient subi une cure de dégoût par l'apomorphine.

66 cures avec internement dans un hôpital psychiatrique (16 %).

87 cures dans le Service de l'Hospice de Bicêtre suivant les modalités qui ont été décrites (21 %).

Il nous a paru intéressant de comparer les durées respectives de guérisons après ces différentes cures. Nous n'avons tenu compte, surtout chez ces malades ayant rechuté, que des durées d'abstinence complète, seul critère de guérison valable.

	Dans le Service		ambulatoires		hospitalisées		internées	
	nombre de malades	%	nombre de malades	%	nombre de malades	%	nombre de malades	%
Rechute immédiate	11	12	53	48	58	31	44	66
moins de un mois	2	2	5	4	8	4	1	1,50
un mois	5	5	8	7	6	3	1	1,50
2 mois	7	8	5	4	9	4	3	4
3 mois	15	17	17	15	14	7	4	6
6 mois	11	12	6	5	17	9	6	9
9 mois	8	9	5	4	5	2	1	1,50
1 an	11	12	8	7	9	4	4	6
18 mois	6	6			2	1	1	1,50
2 ans	4	4	2	1	2	1	1	1,50
3 ans	6	6			2	1		
4 ans					2	1		

Plusieurs remarques peuvent être faites par comparaison de ces résultats :

Un fait particulièrement frappant est la fréquence élevée des rechutes immédiates après les cures internées (les deux tiers des cas). Si ces cures s'adressent évidemment à des malades plus atteints sur le

plan psychiatrique que ceux qui sont traités à Bicêtre dans le cadre d'un service libre, cela confirme malgré tout la nécessité d'un traitement spécifique de l'alcoolisme et la vanité d'un sevrage forcé, associé à quelques injections d'alcool intra-veineux et de strychnine.

Si l'on considère les autres séries de malades en dehors des cures internées, on est également frappé par le fait que les cures ambulatoires sont, elles aussi, suivies d'une plus grande fréquence de rechutes immédiates que les cures avec hospitalisation.

Enfin, si l'on compare uniquement les cures avec hospitalisation; d'une part, les cures telles qu'elles sont pratiquées dans la majorité des Services de la Région Parisienne et qui se réduisent à une simple série d'injections d'alcool intra-veineux, ou au sevrage, associé à un traitement vitaminique et à quelques jours de strychnine et, d'autre part, les cures du Service dont les modalités ont été exposées; on constate que le pourcentage de malades du Service rechutant immédiatement après la cure est nettement moins élevé; et surtout que neuf mois à un an après la cure, les pourcentages d'abstinents traités à Bicêtre sont plus élevés.

REFUS DE LA CURE

88 malades, soit 5,30 %, ont refusé la cure, avant l'hospitalisation, après qu'on leur eût expliqué ses modalités. Le tableau ci-dessous donne le détail de ces malades et les pourcentages en fonction du nombre de malades dans chaque catégorie.

	nombre total de malades	nombre de refus	%
Manœuvres	365	26	7,15
Ouvriers spécialisés	546	33	6,04
Employés Secteur Public	343	5	1,45
Ouvrier Secteur Public	54	1	1,85
Employés Secteur Privé	228	16	7,01
Commerçants	50	6	12
Cadres	43	1	2,31
Cultivateurs, Artisans	30	0	0

Il faut signaler le faible pourcentage des malades du Secteur Public refusant la cure (moins de 2 %). C'est, en effet, parmi ces malades que se rencontrent surtout les malades semi-volontaires ou contraints par leur administration.

Pour les malades du Secteur Privé, manœuvres, ouvriers spécialisés, employés du Secteur Privé, les pourcentages sont à peu près égaux (entre 6 et 8 %). C'est le pourcentage approximatif des malades refusant la cure avant l'hospitalisation.

Il faut enfin noter que peu de malades appartenant aux cadres (2 % seulement), refusent la cure. Ils sont souvent plus capables que les autres malades de juger de leur état et acceptent plus volontiers de se faire soigner.

CONTRE-INDICATIONS DE LA CURE

Les contre-indications sociales, somatiques et psychiques sont relativement peu nombreuses. Elles n'ont été posées que dans 48 cas sur 1659, soit 2,89 %.

Ces contre-indications peuvent se résumer dans les deux tableaux ci-dessous :

Tableau I :

A) nombre de malades dans chaque catégorie.

B) nombre total de contre-indications pour chaque catégorie, quelle que soit leur origine, sociale, somatique ou psychique.

C) pourcentage dans chaque catégorie.

	A	B	C
Manœuvres	365	19	5,20 %
Ouvriers spécialisés	546	14	2,56 %
Employés Secteur Public	343	6	1,74 %
Ouvriers Secteur Public	54	1	1,85 %
Employés Secteur Privé	228	5	2,19 %
Commerçants	50	1	2 %
Cadres	43	2	4,65 %
Cultivateurs, Artisans	30	0	0 %

Nous pensons que ces chiffres sont peu significatifs et que les différences de pourcentages sont sous la dépendance directe de la répartition dans chaque catégorie sociale.

Plus intéressante nous semble la répartition de ces contre-indications. Cette répartition se trouve résumée dans le tableau II; en fonction de l'origine de la contre-indication.

Tableau II :

A) nombre de contre-indications dans chaque catégorie sociale.

B) pourcentage par rapport au nombre total de contre-indications.

Pour chaque sorte de contre-indication, dans chaque catégorie sociale, la première colonne (a) indique le nombre de contre-indications et la seconde (b) le pourcentage par rapport au nombre total de contre-indications.

	A	B °.	Sociale		Somatique		Psychique	
			a	b °.	a	b °.	a	b °.
Manœuvres	19	39,16					16	33,33
Ouvriers spécialisés	14	28,16	1	2,08	3	6,25	8	16,66
Emp. Sect. Pub.	6	12,50			5	10,41	6	12,50
Ouv. Sect. Pub.	1	2,08					1	2,08
Emp. Sect. Priv.	5	10,41					5	10,41
Commerçants	1	2,08					1	2,08
Cadres	2	4,16					2	4,16
Cult. Art.	0							
Total	48	100	1	2,08	8	16,66	39	81,25

Sur 48 contre-indications, on ne trouve qu'un seul cas où des raisons sociales interdisaient toute cure (2,08 %). Pourcentage infime si l'on considère l'ensemble des malades. Nous avons vu cependant l'importance des conditions sociales défavorables : 96 malades sans domicile fixe, 130 malades sans travail régulier. Mais il est bien évident que la cure est, dans la plupart des cas, le seul moyen et la condition nécessaire, passant avant toutes les autres, d'un reclassement social et professionnel.

Les contre-indications somatiques sont peu nombreuses : 8 cas sur 1659 malades. Là encore, le pourcentage est minime si l'on songe à l'atteinte souvent importante des systèmes digestifs et nerveux d'une grande partie des malades. Mais le sevrage n'est-il pas la condition essentielle et première de tout traitement des troubles morbides engendrés par l'alcoolisme chronique ? Ces contre-indications somatiques représentent pourtant 16,66 % de l'ensemble des contre-indications.

Les contre-indications psychiques sont les plus fréquentes : 39 cas, soit 81,25 % des contre-indications. Elles sont posées le plus souvent devant l'existence de lésions nerveuses graves irréversibles, objectivées par l'encéphalographie gazeuse, et traduites par des troubles particulièrement accentués du psychisme et du comportement. Ce chiffre est cependant peu élevé si l'on songe qu'ils portent sur une série de 1659 malades (soit 1,74 %), série comportant d'autre part 73 atrophies cérébrales objectivées par encéphalographie gazeuse, nombre sans doute inférieur à la réalité; et si l'on songe également à la fréquence des troubles psychiques. Mais là encore, peut-on se passer du sevrage dans le traitement de ces troubles psychiques dont la plupart sont des troubles engendrés par l'alcoolisme chronique ?

Cures incomplètes.

50 malades ont fait une cure incomplète, soit 3,01 %.

12 d'entre eux ont subi une cure incomplète pour une raison médicale (voir ci-dessous les incidents de la cure.)

38 malades sont sortis sur leur demande au cours de la cure (2,29 % de l'ensemble des malades, 2,57 % des malades ayant accepté l'hospitalisation).

(Voir également le chapitre suivant des incidents de la cure.)

Pourcentages de malades suivis :

- A) Nombre de cures dans chaque catégorie.
- B) Nombre de malades suivis.
- C) Pourcentage de malades suivis par rapport au nombre de malades de chaque catégorie.
- D) Nombre de malades jamais revus.
- E) Pourcentage de malades jamais revus par rapport au nombre de malades de chaque catégorie.

	A	B	C	D	E
Manœuvres	303	189	62,05 %	114	37,95 %
Ouvriers spécialisés ..	482	328	68,05 %	154	31,95 %
Emp. Secteur Public	328	292	89,03 %	36	10,97 %
Ouv. Secteur Public	52	41	78,85 %	11	21,15 %
Emp. Secteur Privé	200	123	61,50 %	77	38,50 %
Commerçants	43	22	51,17 %	21	48,83 %
Cadres	39	31	79,49 %	8	20,51 %
Cultivateurs, Artisans	26	17	65,39 %	9	34,61 %
Total	1.473	1.043		430	

Nous appelons malades suivis, les malades qui viennent aux consultations de post-cure. Ces malades représentent 70,81 % de l'ensemble des malades ayant subi une cure de désintoxication.

430 malades ne se sont jamais présentés aux consultations de post-cure (29,19 % des malades).

Il est intéressant de considérer les pourcentages de malades suivis et non suivis en fonction du nombre de malades de chaque catégorie.

Les malades qui se présentent le plus régulièrement aux consultations de post-cure, sont les employés et les ouvriers du Secteur Public (89 et 78 %). Nous avons déjà insisté sur le fait que ces malades sont envoyés par le Service Médical de leur administration. Ce Service Médical a été souvent à l'origine de la cure; il est également d'une aide appréciable dans la surveillance de la post-cure.

Les malades des cadres et professions libérales, bien que les pourcentages portent sur un nombre plus restreint de malades, sont également plus assidus aux consultations de post-cure. Ils comprennent souvent mieux la nécessité du traitement d'entretien.

Dans le Secteur Privé, aussi bien pour les manœuvres, les ouvriers que pour les employés, les pourcentages d'assiduité aux consultations de post-cure sont presque les mêmes (entre 61 et 68 %).

Les commerçants sont plus difficiles à suivre : à peine un peu plus de la moitié sont revus après la cure (51 %). Ceci peut s'expliquer par leurs obligations professionnelles; il s'agit, le plus souvent, de petits commerçants d'alimentation n'ayant pas la possibilité de quitter leur boutique.

Enfin, deux tiers des cultivateurs et des artisans peuvent être suivis; il faut cependant noter que la majorité des malades revus sont des artisans, les cultivateurs et les ouvriers agricoles habitant la province.

En résumé, nous voyons l'importance d'une intégration professionnelle ou sociale pour les possibilités de suivre les malades après la cure.

Mais il faut tenir compte, dans l'appréciation de ces pourcentages, d'un certain nombre de facteurs :

- l'éloignement du domicile du malade est évidemment un facteur défavorable pour revoir régulièrement le malade. Il faudra beaucoup de souplesse et de tact pour suivre ces malades. Il conviendra d'espacer assez rapidement les consultations de post-cure. Il est préférable de revoir et de reprendre contact avec un malade de temps en temps, plutôt que d'essayer de le voir fréquemment et risquer de le voir refuser rapidement de répondre aux convocations.
- Les heures de consultations sont également importantes. Si certaines administrations sont assez larges pour permettre à leurs employés de se rendre aux consultations, les entreprises privées hésitent parfois à accorder des absences d'une demi-journée. Les contacts entre le Service de désintoxication et les Services médicaux des entreprises sont ici très utiles; de même que l'institution de consultations de post-cure, le soir après la journée de travail.
- Une correction doit être apportée aux pourcentages ci-dessus, car ils comprennent des malades qui ne se présentent qu'une seule fois, malheureusement assez nombreux. Nous pensons que le médecin traitant, surtout pour ces derniers malades, a un rôle certain à jouer dans le traitement de post-cure.

Il peut, en effet, avoir une action beaucoup plus efficace que celle d'une consultation de post-cure (le médecin de post-cure n'étant pas toujours celui qui a vu le malade avant la cure et qui a surveillé la cure pendant l'hospitalisation). Il faut évidemment, pour cela, que le médecin traitant soit averti des problèmes de la cure, qu'il comprenne la nécessité de l'abstinence, sinon définitive, du moins de longue durée, abstinence conditionnée par la prise quotidienne du comprimé d'antabuse, qu'il connaisse parfaitement l'innocuité de l'antabuse prise d'une façon régulière et prolongée, qu'il ne supprime pas ces comprimés pour des motifs quelquefois futiles, peu de temps après la cure; nous avons,

en effet, de nombreux exemples de rechutes rapides dans ces circonstances.

Les pourcentages de malades non suivis sont quelquefois importants. Ces malades non suivis ne correspondent pas nécessairement à de mauvais résultats : les sondages et les recherches effectués par des Services Sociaux ont permis de confirmer cette observation.

INCIDENTS DE LA CURE

24 malades (1,24 %), ayant accepté la cure et son principe, ont quitté le service sur leur demande avant la fin de la cure. 12 d'entre eux ont quitté le service pendant la cure de sevrage, trois seulement pendant la cure par l'apomorphine; 9 avant la fin des réactions antabuse-alcool.

4 malades n'ont pas subi de cure de dégoût, car ils étaient porteurs d'un pneumothorax thérapeutique encore insufflé.

2 malades ont présenté une poussée subaiguë de leur bacillose, immédiatement après la cure, celle-ci avait été pratiquée, les lésions ayant paru cliniquement et radiologiquement stabilisées.

4 malades ont subi une cure ambulatoire par l'antabuse, soit qu'ils aient été déjà sevrés, soit que des conditions sociales ou financières ne leur permettent pas d'être hospitalisés (mais nous nous refusons à pratiquer cette cure ambulatoire si nous doutons de son succès).

2 malades sont décédés dans le Service. Mais, dans ces deux cas, il ne s'agit pas d'accident de la cure proprement dite. L'un de ses malades était un paveur de 47 ans, buvant 4 litres de vin depuis 10 ans, décédé 4 jours après une encéphalographie gazeuse dans un syndrome hyperthermique; dans le second cas, il s'agissait d'une encéphalopathie alcoolique décédée avant toute possibilité thérapeutique.

Dans 7 cas, une série d'électro-chocs a été pratiquée avant la cure pour un syndrome dépressif.

Dans un cas, un traitement vitaminique BI et C a été pratiqué avant la cure, pour une encéphalopathie de Gayet Wernicke qui a guéri et a ensuite suivi la cure.

Dans trois cas, des sédatifs ont été adjoints à la cure, une fois sous la forme d'une cure de sommeil de 15 jours.

Incidents au cours de la cure de dégoût par l'apomorphine.

Dans deux cas, la cure de dégoût n'a pas été pratiquée en raison de l'âge (67 et 73 ans), ce dernier malade n'a eu que la cure de sevrage.

Dans un cas, elle a été arrêtée au bout de deux jours en raison du mauvais état général du malade.

Dans deux cas, elle a été arrêtée au bout de deux jours, en l'absence d'aucun vomissement après les injections.

Dans trois cas, des tendances syncopales ont été observées au cours des premières injections.

Dans un cas, la première injection d'apomorphine a déclenché une expectoration hémoptoïque. Il s'agissait d'un malade de 25 ans, bacillose pulmonaire deux ans avant, buvant deux litres de vin, deux litres de bière, un apéritif et un alcool par jour, toujours sous traitement médical pour sa bacillose. La cure de dégoût a été arrêtée, mais les réactions antabuse-alcool ont été pratiquées après une mise en observation de 10 jours sans incident.

Dans un cas, au troisième jour d'apomorphine, sont apparues des douleurs rétro sternales, chez un malade ayant fait un infractus du myocarde 3 ans avant et qui gardait des séquelles de nécrose à l'EEG.

Incidents au cours des réactions antabuse-alcool.

Dans un cas, on note des céphalées intenses, dans un autre cas, une tachycardie, dans un troisième, l'association de somnolence, de céphalée et de tachycardie. Tous ces incidents ont été transitoires.

Dans plusieurs cas, nous avons observé des réactions digestives assez intenses.

Dans un cas, réactions colitiques assez douloureuses, arrêt des réactions pendant 48 heures, puis reprise des réactions sans réapparition des douleurs. Ce sujet avait été gastrectomisé 5 ans avant.

Dans un cas, une réaction colitique avec diarrhée pendant 24 heures. Cette réaction ne s'est pas renouvelée.

Dans un cas, au cours d'un choc, le malade a ressenti une sensation d'engourdissement au niveau d'un avant-bras, sans modification de la chaleur locale. Examen entièrement négatif, aucune séquelle.

Dans un cas, les réactions ont été arrêtées devant l'apparition de douleurs de type angineux. Ce sujet présentait des lésions d'ischémie myocardique depuis une intoxication par l'oxyde de carbone huit ans avant.

Dans un cas, le malade a fait une perte de connaissance de courte durée au cours du premier choc, perte de connaissance qui ne s'est pas renouvelée au cours des chocs suivants.

Dans un cas, le malade a fait deux crises comitiales généralisées au moment des réactions antabuse-alcool, mais il s'agissait d'un malade qui faisait des crises comitiales généralisées depuis 33 ans.

Dans un cas, le malade a fait un syndrome confusionnel avec onirisme, cauchemars; cet épisode semble dû à une sensibilité particulière à l'antabuse. Il a cédé rapidement aux réductions des doses d'antabuse.

Crises comitiales pendant la cure.

Nous avons isolé les accidents comitiaux que l'on observe au cours de la cure.

4 malades ont fait des crises comitiales dans les premiers jours de la cure, au début des injections d'alcool intra-veineux :

Malade de 30 ans, boit trois litres de vin, deux litres de bière, deux apéritifs et un alcool par jour depuis dix ans; nombreuses ivresses, crise comitiale au 2^e jour de curethyl; EEG normal.

Malade de 43 ans, mécanicien, boit deux litres de vin par jour depuis dix ans; deux crises comitiales pendant les premiers jours de curethyl; EEG normal.

Malade de 29 ans, boit cinq litres de vin, deux apéritifs et un alcool par jour depuis dix ans; crises comitiales généralisées depuis un an; EEG normal, deux crises comitiales le jour de son entrée dans le service. Reboit dès sa sortie. Deuxième cure trois mois après; trois cures comitiales dans les premiers jours de curethyl.

Malade de 44 ans, une crise comitiale généralisée au cours d'un excès éthylique avant son entrée dans le service. Plusieurs crises comitiales au début de la cure; EEG normal.

Revu abstinent 3 mois après la cure, aucune crise depuis sa sortie.

Ces crises, chez des malades qui étaient tous de grands buveurs, sont dues manifestement à un sevrage trop brutal; notons que deux

de ces malades avaient présenté des crises comitiales avant la cure au cours d'excès éthyliques, et il est vraisemblable que ces malades réagissent de la même façon à l'excès comme au sevrage éthylique.

Ces crises pourraient sans doute être évitées par une appréciation plus exacte des doses d'alcool intraveineux, en fonction de la consommation antérieure du malade.

Ces crises restent isolées. Dans un cas seulement, un malade a fait dix crises comitiales au dernier jour des injections d'alcool intra-veineux (alors que les doses sont en général peu importantes (10 cc environ)).

Ce malade de 34 ans, buvait deux litres de vin depuis 11 ans, il faisait des crises généralisées depuis un an. EEG normal. La cure complète fut pratiquée. Revu un mois après sa sortie, aucune crise comitiale depuis la cure, avec toutefois un traitement anticomital.

Le dernier malade a fait une crise comitiale juste après la fin de la cure :

Malade de 29 ans, cuisinier, boit deux litres de vin, huit litres de bière et cinq apéritifs depuis dix ans, pertes de connaissances parallèles aux excès éthyliques depuis quatre ans. Crise comitiale généralisée après la fin de la cure. Revu neuf mois après, abstinent, aucune crise depuis sa sortie.

Dans ces deux derniers cas, les crises comitiales sont plus difficiles à expliquer, mais il n'est pas impossible qu'elles correspondent à des réactions retardées du sevrage.

Il nous reste à envisager le problème des délirium trémens au début de la cure.

77 malades (4 %) ont fait un délirium au début de la cure. Ce pourcentage est important, car l'on sait la gravité de ce délire.

Ce délirium, apparaissant au moment du sevrage, pourrait être prévenu par une plus juste appréciation des doses d'alcool intra-veineux en fonction de la consommation quotidienne d'alcool antérieure du malade, complétées au besoin par une boisson alcoolisée quelconque par voie orale.

D'autre part, il faut souligner les immenses services que peut rendre un service d'isolement doté d'un personnel qualifié, pour un traitement rapide, logique et efficace du délirium. Son adjonction à tout service important de désintoxication alcoolique est une nécessité.

Pour terminer cette revue de la cure, nous devons envisager le problème du dégoût des malades pour le vin à la fin de la cure de désintoxication.

La fréquence du dégoût pour le vin ou pour toute autre boisson alcoolisée pour laquelle la cure a été pratiquée (nous rappelons qu'elle cherche à créer un réflexe conditionné mais que ce réflexe est spécifique) est difficile à apprécier et à chiffrer, cette notion étant beaucoup trop subjective immédiatement après la cure. Certains malades ne sont absolument pas dégoûtés du vin, ce qui ne correspond pas d'une façon absolue à un mauvais pronostic.

Un seul de nos malades éprouvait même du plaisir (selon lui) à boire le vin qu'on lui donnait pour les réactions; bravade ou simulation ? Ce malade, revu deux mois après la cure, demeurait abstinent...

Problème des malades atteints de troubles psychiatriques.

Un certain nombre de malades ont été dirigés d'emblée sur des hôpitaux psychiatriques, en raison de l'impossibilité de les soigner en

Service libre; ils présentaient tous une atteinte psychique grave avec troubles du comportement. Quatre d'entre eux avaient une atrophie cérébrale.

11 malades ont été internés secondairement, plus ou moins longtemps après la cure pour des troubles psychiques persistants aggravés par la reprise de l'éthylisme. Deux de ces malades avaient une atrophie cérébrale.

2 malades, dont les lésions nerveuses irréversibles, objectivées par l'encéphalographie, entraînaient une impossibilité de réadaptation sociale, ont été placés à l'Hospice de Bicêtre.

LES RESULTATS DE LA CURE DE DESINTOXICATION DANS L'ALCOOLISME MASCULIN

1° Définition des critères de guérison.

Nous considérons :

Un malade guéri, un malade qui reste totalement abstinente.

Un malade douteux, un malade qui se présente à la consultation de post-cure avec des signes d'imprégnation éthylique et qui nie toute reprise de ses habitudes d'intempérance.

Un malade ayant rechuté, un malade ayant repris ses habitudes d'intempérance.

2° Résultats.

	Nombre de malades	Perdus de vue %	BIEN %	DOUTEUX %	RECHUTÉS %
3 mois	1727	987 57,16	618 35,78	68 3,94	54 3,12
6 mois	1693	1038 62,48	480 28,25	67 3,96	90 5,31
12 mois	1323	871 65,84	283 21,39	67 5,06	102 7,71
2 ans	795	562 70,71	129 16,22	35 4,40	69 8,67
3 ans et plus	425	276 64,95	61 14,35	16 3,76	72 16,94

Cette statistique est globale et porte sur l'ensemble des malades désintoxiqués dans le Service.

Elle est faussée du fait que dans près de 60 % des cas, les malades ont été perdus de vue. Les chiffres de bons résultats, c'est-à-dire de malades abstinents et guéris, sont donc des chiffres minima.

Les malades non revus ne sont pas nécessairement des malades ayant rechuté. Des enquêtes et des sondages effectués par des services sociaux ont confirmé cette notion.

Une autre confirmation est fournie par la comparaison de la statistique globale et de la statistique des malades de la S.N.C.F. qui peuvent être tous suivis d'une façon régulière. L'étude d'une série de ces derniers malades donne en effet les résultats suivants :

	BIEN		DOUTEUX		RECHUTES	
	Nombre		Nombre		Nombre	
3 mois	240	75 %	51	16 %	28	9 %
6 mois	191	66 %	57	19 %	42	15 %
12 mois	131	56 %	40	17 %	62	27 %
2 ans	66	47 %	22	16 %	52	37 %
3 ans et demi	38	40 %	7	8 %	50	52 %

CHAPITRE IV

La post-cure

La post-cure consiste dans la prise quotidienne et régulière d'un comprimé d'antabuse. Elle sous-entend une abstinence complète aussi longue que possible. Elle est surveillée par des consultations de post-cure mensuelles au début, puis bi-mensuelles, enfin de plus en plus espacées. Ces consultations de post-cure permettent de contrôler la prise de l'antabuse, de prévenir les rechutes, de faire des bilans successifs et de noter les améliorations de l'état général, la régression des lésions hépatiques et nerveuses.

Cette post-cure est aussi importante que la cure elle-même. Il est nécessaire d'en faire comprendre la nécessité au malade. Le médecin traitant doit se persuader de son utilité.

Nous envisagerons les incidents de la post-cure; étudiant d'abord les manifestations neuro-psychiques, puis les manifestations somatiques.

Sur le plan neuro-psychique, on note essentiellement une amélioration importante et rapide des troubles caractériels. L'irritabilité disparaît, ainsi que les troubles du comportement qui en étaient le reflet.

Cependant, dans un certain nombre de cas, les troubles psychiques persistent. Cette persistance correspond le plus souvent à une reprise de l'éthylisme chronique (6 malades).

Dans 16 cas, nous notons la persistance de troubles du comportement. Dans onze de ces cas, l'échec de la cure était complet et les malades redevenaient rapidement des « tyrans domestiques ».

Dans trois cas, nous notons la persistance de l'anxiété. Deux de ces malades étaient abstinents trois mois après la cure. Chez le troisième malade, on notait la persistance d'une agoraphobie après deux cures de désintoxication dans le Service, à un an d'intervalle.

Chez un malade, on note une fugue, au cours d'un excès éthylique; ce malade n'avait jamais fait de fugue avant la cure.

Etats dépressifs au cours de la post-cure :

Huit malades ont fait un état dépressif après la cure de désintoxication. Quatre de ces malades présentaient déjà un état dépressif avant la cure. Chez ces malades, la rechute de l'état dépressif correspond toujours à une rechute éthylique.

Plus intéressantes sont les observations des malades ayant fait un état dépressif après la cure, alors qu'auparavant ils n'avaient jamais été déprimés.

Malade de 41 ans, peintre, boit trois litres de vin par jour depuis dix-huit ans; abstinence : dix-huit mois. Au vingtième mois : rechute éthylique avec état dépressif.

Malade de 46 ans, charcutier, boit trois litres de vin depuis 20 ans; 7 ivresses par semaine. Abstinence un an; revu dix-huit mois après la cure, rechute : quatre litres de vin par jour, état dépressif. Deuxième cure, rechute au bout de six mois, transféré à Sainte-Anne.

Malade de 43 ans, jardinier, trois litres de vin par jour depuis huit ans, abstinence : 12 mois. Revu 18 mois après la cure, rechute, état dépressif avec obsessions; deuxième cure, rechute neuf mois après.

Malade de 40 ans, 2 litres de vin depuis 10 ans, abstinent un mois après la cure, mais état dépressif; six chocs; rechute six mois après.

Plusieurs points communs se retrouvent dans ces observations : il s'agit de malades ayant une intoxication éthylique importante et ancienne; au psychisme souvent fruste; l'abstinence est souvent assez longue après la cure; l'état dépressif s'installe brusquement et coïncide souvent avec une rechute de l'éthylisme. Le pronostic lointain, même avec une deuxième cure, est souvent mauvais.

Confusion mentale.

Cinq malades ont présenté dans les suites de la cure un épisode de confusion mentale.

Malade de 43 ans, présente, quarante-huit heures après sa sortie du service, un état d'agitation avec confusion mentale. Disparition sans séquelles avec la diminution de la dose d'antabuse.

Malade de 45 ans, présente pendant les trois jours qui suivent sa sortie du Service, un épisode confusionnel avec désorientation temporo-spatiale. Guérison rapide sans séquelles.

Malade de 53 ans, après sa sortie, amnésie antérograde, bourdonnement d'oreilles, hypersomnie, incontinence d'urine. Durée un mois (cette durée s'explique par le fait qu'il n'est pas venu consulter).

Malade de 47 ans, a pris après sa sortie deux comprimés d'antabuse par jour, sans boire, confusion mentale, troubles de la mémoire et du comportement, désorientation temporo-spatiale, légère dysarthrie, somnolence, anorexie, durée un mois et demi (même explication que pour le malade précédent).

Dans le dernier cas, l'épisode confusionnel est apparu six mois après la cure, épisode confusionnel, avec céphalées, désorientation, obnubilation, torpeur, bâillement, asthénie intense, symptomatologie d'œdème cérébral. Sédation rapide.

Tous ces épisodes de confusion mentale, apparaissant au cours de la post-cure sont dus à un surdosage de l'antabuse. Ils sont sans gravité, cèdent rapidement et sans séquelles dès qu'on diminue les doses d'antabuse; mais ils doivent être bien connus si l'on veut éviter des erreurs de diagnostic.

Manifestations somatiques.

Dans les suites immédiates de la cure :

Chez un malade de 57 ans, reproduction d'une hernie inguinale le lendemain de la sortie (aucune douleur au moment de la cure par l'apomorphine).

Dans un cas, deux mictions involontaires et isolées dans le mois suivant (malade de 37 ans, énurésique jusqu'à l'âge de 16 ans).

Dans un cas, on note une crise comitiale après la cure :

Malade de 51 ans, buvait deux litres et demi de vin et un alcool par jour, pertes de connaissance, EEG altéré. Revient cinq mois après la cure, a fait une crise comitiale. EEG altéré, n'a pas rebu depuis sa sortie. Les crises ne se renouvellent pas avec un traitement anticomitial.

Dans un cas, on note six mois après la cure, l'apparition d'une bacillose pulmonaire chez un malade de 46 ans, gastrectomisé sept ans avant la cure.

Dans un cas, deux mois après la cure, d'adénopathies cervicales tuberculeuses chez un malade sans antécédents bacillaires connus.

Dans un cas, deux ans après la cure, crises à type d'éclipse cérébrale chez un malade de 57 ans, amélioré du point de vue étylisme.

Dans un cas, 2 ans après la cure, apparition d'une dyspnée de l'effort et de crises angineuses, chez un malade de 57 ans, porteur de lésions valvulaires rhumatismales mitrales et aortiques.

Dans trois cas, on note une asthénie persistante au bout de 3 mois.

Chez 6 malades, on note une impuissance sexuelle après la cure. Chez 4 de ces malades, elle a disparu en moins de deux mois. Chez un malade, elle a duré un an; chez le dernier (50 ans), une impuissance partielle persistait après treize mois.

A ce sujet, citons l'observation de ce malade de 43 ans :

Deux litres et demi de vin, deux apéritifs et un alcool par jour depuis cinq ans, trois ivresses par semaine. Impuissance depuis trois ans. Disparition de l'impuissance un mois après la cure.

Si nous avons relevé tous ces troubles organiques au cours de la post-cure, c'est pour montrer combien ils sont peu nombreux (ils portent sur une série de plus de 2000 malades) et combien ils sont peu graves.

Si quelques indications de la cure ont paru quelquefois audacieuses, il faut bien souligner que l'éthylisme chronique est souvent bien plus grave que l'affection qui pourrait contre-indiquer la cure, et que l'évolution de cette affection est souvent influencée directement par l'éthylisme chronique.

ALCOOLISME CHRONIQUE FÉMININ

GENERALITES

L'alcoolisme féminin mérite une étude particulière, car si le terrain social et pathologique présente certaines analogies avec l'alcoolisme masculin, il s'en distingue néanmoins par son terrain névrotique.

Le plan suivi sera le même que celui de l'alcoolisme masculin.

Cette étude porte sur plus de 250 malades; et cette proportion nous semble relativement importante puisque sur le nombre total de dossiers examinés, un peu plus d'un malade sur dix est une femme.

La cure de désintoxication suivie par ces malades est exactement la même dans ses modalités que celle suivie par les malades hommes.

Nous envisagerons successivement l'étiologie de l'alcoolisme féminin, et dans cette étiologie, le terrain, les causes sociales, les modalités de l'intoxication alcoolique chez la femme; puis les manifestations organiques et psychiques de l'alcoolisme chronique. Enfin, dans un dernier chapitre, nous envisagerons les résultats de la cure pour ces malades.

Etiologie de l'alcoolisme chronique féminin

AGE	Nombre	%
De 20 à 25 ans	7	2,80
De 26 à 30 ans	16	6
De 31 à 35 ans	28	11
De 36 à 40 ans	41	16
De 41 à 45 ans	47	18
De 46 à 50 ans	45	18
De 51 à 55 ans	31	12
De 56 à 60 ans	26	10
Au-dessus de 60 ans	4	5

L'âge de nos malades va de 23 ans à 65 ans.

Plusieurs remarques peuvent être déjà faites :

L'éthylisme chronique féminin existe chez les femmes jeunes puisque 22 malades, soit 8 % avaient moins de 30 ans.

Le nombre des malades en période d'activité génitale, 138 malades, soit 58 %, est légèrement supérieure au nombre des malades ménopausées; 112 malades, soit 42 %.

Plus du tiers des malades (35 %) ont entre 40 et 50 années; dix années qui correspondent aux périodes pré et post ménopausiques dont la richesse pathologique et les incidences psychiatriques sont connues.

Signalons par curiosité que notre plus vieille malade était âgée de 74 ans; elle était adressée par son médecin traitant; buvant depuis de nombreuses années; elle était ivre tous les soirs. Son état somatique contre-indiquait la cure.

Avant de passer à une étude plus complète du terrain alcoolique, il est intéressant de voir plus en détail les observations de nos malades jeunes.

Deux malades, 23 et 28 ans, buvaient depuis l'adolescence. Dans les deux cas, on rencontre un éthylisme familial avec une mère cirrhotique. La première buvait depuis l'âge de 18 ans, la seconde depuis l'âge de 16 ans. La première de ces malade atteignait une consommation alcoolique de un litre de vin rouge, un litre de vin blanc, trois apéritifs et quatre alcools par jour.

Trois malades, 25, 25 et 26 ans, présentaient un alcoolisme professionnel (blanchisseuse, maraîchère et cuisinière).

Une seule malade présentait une psychasténie avec un fond d'anxiété important; six malades présentaient un état dépressif.

Cette revue rapide des malades de moins de 30 ans permet déjà de voir la richesse du terrain névrotique de l'alcoolisme féminin que nous allons essayer de dégager maintenant de l'ensemble de nos malades.

TROUBLES PATHOLOGIQUES ANTERIEURS A L'ALCOOLISME CHRONIQUE

Nous envisagerons, dans un premier temps, les troubles psychiques et dans un second temps, les troubles somatiques.

TROUBLES PSYCHIQUES

ETATS DEPRESSIFS

48 malades femmes, soit 18 % présentaient un état dépressif.

Cet état dépressif était réactionnel dans 52 % des cas. Il succédait le plus fréquemment à un traumatisme affectif.

Il avait débuté dans 5 cas à la suite du décès du mari, associé dans un cas au décès d'un enfant; dans 2 cas, à la suite du décès d'un enfant, décès suivi dans l'un des cas de deux avortement spontanés et rapprochés.

Les difficultés conjugales sont responsables dans 7 cas, le comportement du mari soit par son abandon (2 cas), soit par ses violences, sa brutalité ou son avarice dans 2 cas.

Dans 2 cas, l'état dépressif était induit par l'état dépressif du mari mais était également conditionné par un manque d'adaptation à un nouveau domicile dans un logement insuffisant.

Dans certains cas, plusieurs causes se conjuguent : tel celui de cette malade de 31 ans, mère de 6 enfants, très affectée par la perte récente d'un enfant de un mois, soumise à un mari volage, violent, ayant fait une tentative de suicide pour une raison inconnue.

Dans deux cas, l'état dépressif avait débuté avec la ménopause, dans un cas, avec la naissance d'un enfant non désiré.

Dans un cas, l'état dépressif s'associait à un syndrome post-comotionnel après traumatisme crânien au cours d'un accident de voiture.

Enfin, signalons le cas de cette malade de 49 ans, en arrêt de travail depuis deux ans, pour une cataracte bilatérale et licenciée de son usine pour réduction de personnel.

Sur ces malades présentant un état dépressif, dans 23 cas, soit 48 %, on ne pouvait trouver de cause déterminante à cet état dépressif.

Dans deux cas cependant il semblait que l'état dépressif était secondaire à l'éthylisme chronique.

Sur les 48 malades, trois seulement étaient oligophrènes ou débiles mentales, une était illettrée.

Une seule malade, comptable de 38 ans, avait été soignée pour des épisodes dépressifs depuis l'âge de 18 ans, épisodes dépressifs à répétition pour lesquels elle avait été hospitalisée à la Salpêtrière plusieurs fois. Elle avait fait en outre 2 tentatives de suicide, suivie d'internement.

Quatre malades avaient des idées de suicide, 10 avaient fait une seule tentative de suicide, une malade ci-dessus avait fait 2 tentatives.

Un état dépressif est donc rencontré avec une relative fréquence chez ces malades et sa persistance ou son aggravation avec les habitudes d'alcoolisme chronique nécessite parfois un traitement spécifique, soit sous forme de chocs, soit sous forme de sédatifs associés à la cure de désintoxication proprement dite. D'autre part, ces malades demandent souvent une surveillance particulièrement attentive au cours de la post-cure, ce sont des malades qui devront être revues plus souvent et beaucoup plus longuement que les autres; on devra s'attacher à prévenir toute rechute de l'état dépressif. Enfin, l'aide des services sociaux pourra être utile et même nécessaire chaque fois que l'état dépressif est réactionnel à des facteurs sociaux défavorables (logement insuffisant, difficulté de retrouver du travail, par exemple).

Trois de ces malades présentaient outre leur état dépressif, des idées de culpabilité (6 %) :

Malade de 37 ans, déprimée depuis le suicide de son mari, soupçonnée de l'avoir tué (?) trois enfants, boit depuis la mort de son mari, par intermittence; remariée, second mari brutal mais non buveur, a un sentiment de culpabilité devant ses enfants...

Malade de 35 ans, déprimée par des difficultés conjugales depuis trois ans, boit depuis trois ans, sentiments de culpabilité et d'infériorité, crises comitiales cataméniales depuis dix ans. EEG typiquement comital.

Malade de 55 ans, dans un état proche du délire mélancolique, elle ne fut d'ailleurs pas désintoxiquée en raison du contexte psychique.

NEVROSE D'ANGOISSE

Deux malades présentaient des névroses d'angoisse (moins de 1 %).

Malade de 41 ans, deux enfants, mari tué à la guerre (1940); était alors enceinte du deuxième enfant. Refuse la cure.

Malade de 44 ans, fonctionnaire, a déjà fait 2 tentatives de suicide.

PSYCHASTHENIE

La psychasthénie se rencontre moins fréquemment qu'un état dépressif. Elle est notée dans 9 observations, soit 3,46 %.

Dans le premier cas, couturière de 40 ans, l'anxiété était aggravée depuis deux ans par une maladie grave de la mère.

Dans un second cas, l'anxiété apparaissait à chaque contrainte familiale ou sociale; chez une malade de 23 ans.

Dans un autre cas, malade de 33 ans, ancienne infirmière, l'anxiété s'était accrue depuis le divorce, 5 ans avant, 7 ivresses par semaine avec réactions violentes, scandale sur la voie publique, blessures à des tiers.

Enfin, une malade de 49 ans, femme de ménage, présentait une émotivité et une anxiété importante depuis une hystérectomie totale 4 ans avant la cure.

Deux malades présentaient des *obsessions* (moins de 1 %).

Dans un cas, il s'agissait d'une malade de 24 ans, obsessions sexuelles, se libère de ses obsessions aux moyens d'excès alcooliques (Cognac et Eau de Cologne); un excès tous les trois semaines.

Deux malades présentaient des *impulsions à boire* (moins de 1 %): dans un cas : malade de 45 ans, crises impulsives avec excès éthyliques alternant avec des périodes d'excitations hypomaniaques et des périodes dépressives; deux ivresses par semaine; deux tentatives de suicide.

Cette dernière malade est à rapprocher des deux malades cyclothymiques qui complètent le groupe de ces malades psychasthéniques.

Ce que nous avons dit de la surveillance des états dépressifs est encore vrai pour les malades psychasthéniques. Ces malades sont beaucoup plus difficiles à suivre et leurs rechutes sont beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus graves, car les traitements associés ont beaucoup moins d'action. Le rôle de la psychothérapie au cours de la post-cure mérite d'être souligné.

Toxicomanie : On note un seul cas de toxicomanie antérieur au chanvre indien. Il s'agissait d'une employée de banque ayant cessé de fumer du chanvre depuis 18 mois. Elle buvait depuis uniquement du Porto.

OLIGOPHRENIE, BRADYPSYCHIE, DEBILITE MENTALE

24 de nos malades (9 %) pouvaient être rangées dans l'une de ces catégories. 14 d'entre elles étaient mariées; 8 avaient des enfants. Dans la plupart des cas, on notait une indifférence pour la vie conjugale, pour l'entretien du ménage et pour les enfants qui étaient laissés fréquemment sans soins. Plusieurs procédures de déchéance des droits maternels étaient en cours. Trois de ces malades avaient un mari éthylique et cette toxicomanie conjugale nous semble une circonstance particulièrement aggravante pour les malades au psychisme peu développé.

Une seule de nos malades avait une attitude paranoïde avec méfiance, opposition; réticence à la cure. Signalons que deux ans après la cure, la malade était abstinente, bien que faisant face à des difficultés familiales et sociales très défavorables.

Signalons, pour terminer ce chapitre consacré aux troubles psychiques antérieurs à la cure, que six de nos malades (2 %) avaient été internées une ou plusieurs fois pour des troubles psychiques graves, indépendants de l'alcoolisme.

ETATS MORBIDES A INCIDENCES PSYCHIQUES POSSIBLES

COMITIALITE ESSENTIELLE

On trouve des antécédents comitiaux à l'interrogatoire de 10 de nos malades (près de 4 %). Dans ces 10 cas, il s'agissait d'une comitialité d'allure essentielle.

4 de ces malades avaient une comitialité qui remontait à l'enfance:

Malade de 35 ans, crises comitiales depuis l'âge de 5 ans, hospitalisée à la Salpêtrière de 5 à 7 ans; puis placée à Maison Blanche jusqu'à l'âge de 26 ans; EEG comital.

Malade de 46 ans, crises généralisées depuis l'âge de 15 ans, une crise tous les quatre mois; EEG comital. Pas de modification des crises après une hystérectomie subtotale à 44 ans.

Malade de 36 ans, crises comitiales depuis l'âge de 18 ans; EEG normal.

Malade de 52 ans, crises depuis l'âge de 12 ans; EEG comital.

Quatre malades avaient des crises dont le début remontait à quelques années seulement. Dans aucun de ces quatre cas, il n'existait de parallélisme net entre le rythme des crises et des excès éthyliques, ce qui n'exclut pas cependant l'influence favorisante de l'alcool. Deux de ces malades avaient des crises qui dataient de moins de deux ans. Les deux autres présentaient des crises cataméniales depuis trois et quatre ans. Dans les quatre cas, l'EEG était normal.

Une malade faisant des crises généralisées depuis la ménopause; une crise tous les trois mois au début, puis les crises devenaient plus fréquentes, parfois subintrantes pendant certaines périodes. EEG : souffrance cérébrale diffuse à prédominance temporale gauche.

Une autre malade de 31 ans, avait entre ses crises généralisées des absences et des équivalents comitiaux (dans les derniers temps, sept ivresses par semaine). EEG légèrement altéré.

LES TRAUMATISMES CRANIENS

Huit malades avaient eu dans leurs antécédents un traumatisme crânien (3 %).

Dans trois cas, le traumatisme était survenu plus de dix ans avant la cure, mais dans cinq cas, il faut noter que le traumatisme crânien datait de moins de trois ans. Dans six cas, l'EEG était anormal.

Le traumatisme avait été suivi dans trois cas d'un coma et dans quatre cas de crises comitiales.

Ce qui est frappant, c'est de voir dans certaines observations l'importance que peut prendre le traumatisme crânien dans la genèse ou dans l'aggravation de l'alcoolisme. Si nous pouvons écarter deux observations de traumatismes anciens (30 ans et 10 ans) dans lesquelles ce rapport n'est pas net, tous les autres cas sont instructifs.

Malade de 26 ans, célibataire, un enfant, boit par profession, cuisinière. Traumatisme crânien en 1955, coma de trois jours. Les troubles caractériels s'aggravent rapidement, irritabilité permanente, revendications multiples. Supporte très mal une consommation alcoolique même minime. Crises comitiales nocturnes. EEG : altérations bi fronto-temporales. Les troubles du comportement associés conduisent la malade à une cure de désintoxication cinq mois seulement après le traumatisme.

Dans cette observation, l'aggravation de l'éthylisme est manifestement dû au traumatisme.

Il en est de même dans l'observation suivante :

Malade de 28 ans, sans profession. Traumatisme crânien en 1953; hématome intra-cérébral traumatique opéré. Crises comitiales réagissant bien au gardénal mais aggravées par les excès d'alcoolisme. Apparition d'un état dépressif avec idées de suicide. EEG souffrance fronto-temporale gauche diffusant à la région frontale droite. Cure en 1955.

C'est également par l'aggravation des crises comitiales que la malade suivante a été conduite à la cure :

Malade de 63 ans, ancienne cuisinière dans une brasserie. Traumatisme crânien en 1936. Depuis six ans; crises comitiales généralisées, une crise par mois environ. EEG altérations comitiales dans la région temporale droite. Boit un litre de vin et quatre apéritifs par jour. Cure en 1952.

Dans un autre cas, on note une aggravation de l'éthylisme après le traumatisme :

Malade de 36 ans, sans profession, oligophrène, boit depuis de nombreuses années, avec son mari, interné pour éthylisme chronique; a, en 1954, un accident de moto, traumatisme crânien sans coma. Augmentation rapide de la consommation éthylrique. EEG normal. Cure en 1955.

Une seule malade présentait un syndrome post-commotionnel après traumatisme crânien dans un accident de voiture trois ans avant, boit depuis son accident, troubles subjectifs variés inclus dans un état dépressif. EEG normal : cure incomplète, la malade sort avant la fin des réactions à l'antabuse.

Nous ne reviendrons pas sur les conclusions que nous avons traitées à propos de l'alcoolisme masculin.

HYSTERECTOMIES

Les conséquences de l'hystérectomie chez la femme jeune, tant sur le plan hormonal que sur le plan psychique, sont bien connues. C'est sur ce dernier plan qu'il nous a semblé intéressant de noter que neuf malades, soit près de 4 %, avaient subi une hystérectomie qui avait été totale dans huit cas. Mais plus que l'âge de nos malades, c'est l'âge auquel elles ont été opérées qu'il faut noter.

Trois de ces malades avaient été opérées à 20, 28 et 32 ans. Trois autres malades avaient été opérées à 44 ans et seulement deux malades après la ménopause.

Il n'est pas impossible que le déséquilibre psychique suivant l'intervention, surtout chez une femme jeune favorise le développement des habitudes d'intempérance.

MENINGITES

Une seule de nos malades avait des antécédents de méningite cérébro-spinale au cours de la première enfance.

Malade de 34 ans, ouvrière dans une usine de tissus. Crises comitiales généralisées, une par semaine environ, ainsi que des absences relativement plus fréquentes; EEG tracé subnormal.

TROUBLES PATHOLOGIQUES SOMATIQUES ANTERIEURS A L'ETHYLISME

Affections tuberculeuses.

Des lésions de tuberculose pleurale ou pulmonaire existaient dans 8 cas. Dans 4 cas, les lésions étaient récentes, datant de moins de 5 ans. Ces lésions étaient toutes stabilisées. Elles ne nous ont pas paru jouer par leur retentissement psychique ou par leurs conséquences sociales, sur le développement de l'alcoolisme féminin.

Ce n'est que dans un cas de tuberculose osseuse grave, avec coxalgies et scapulalgies que la maladie ne semblait pas étrangère au déclenchement de l'alcoolisme. L'existence d'infiltrants bilatéraux avec expectoration bacillifère contre-indiquait la cure.

Affections digestives.

Au premier plan des affections digestives sont les gastrectomies.

Cinq malades avaient subi une gastrectomie pour ulcère gastroduodéal.

Malade de 52 ans, femme de ménage, opérée il y a 19 ans, deux litres de vin par jour. Troubles digestifs importants, retentissement sur l'état général; polynévrile éthylique.

Malade de 52 ans, femme de ménage, opérée il y a 19 ans, trois litres de vin par jour depuis un an, à la suite d'un conflit familial; asthénie très importante.

Malade de 59 ans, manutentionnaire, opérée cinq ans avant, un litre de vin et un demi-litre de bière par jour; deux cures antérieures de désintoxication; troubles caractériels importants.

Malade de 48 ans, opérée 13 ans avant, cirrhose avec œdème; déjà hospitalisée trois ans avant pendant 7 mois pour une poussée ascitique.

Malade de 62 ans, opérée 12 ans avant pour un ulcère perforé. Pré-cirrhose. Polynévrite éthylique; atrophie cérébrale vérifiée par encéphalographie gazeuse. Un litre de vin par jour.

Cette série est évidemment beaucoup moins importante que la série masculine puisqu'elle ne représente qu'à peine 2 % de nos malades. Cependant, elle n'est pas sans intérêt car elle montre bien la gravité de l'alcoolisme chez ces malades.

Il faut souligner d'abord qu'à la différence des malades hommes, les malades gastrectomisées qui viennent pour une cure de désintoxication, sont beaucoup plus âgées et que la période entre l'intervention et la cure est beaucoup plus longue : dans 4 cas sur 5, la gastrectomie datait de plus de 10 ans.

Un autre fait notable est le degré relativement moyen de l'intoxication, quatre malades buvaient moins de deux litres par jour. Et cependant, les lésions hépatiques et nerveuses étaient graves, dans deux cas, on note une cirrhose, dans deux autres une polynévrite éthylique; dans un cas une atrophie cérébrale.

Hernie diaphragmatique.

Nous signalons ce cas pour deux raisons. Il s'agissait d'une malade de 46 ans qui buvait un litre de vin par jour depuis 22 ans. Elle ne se plaignait d'aucun trouble digestif et ne présentait pas d'anémie, cependant des signes d'imprégnation nécessitaient une cure de désintoxication. Une première cure fut parfaitement supportée. Revue deux ans après, elle se plaignait de troubles digestifs vagues; une radiographie gastrique fut pratiquée et montra une hernie diaphragmatique. La rechute était complète, mais l'intoxication toujours minime, un litre par jour. Une deuxième cure, malgré la hernie, fut pratiquée sans incident.

Lithiase biliaire.

Une malade avait eu une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire 30 ans avant; elle supporta parfaitement la cure, sans aucun trouble digestif pendant et après la cure.

Affections diverses.

Parmi les autres affections diverses rencontrées chez nos malades, nous trouvons six cas d'hypertension artérielle. Dans les six cas il s'agissait d'une hypertension artérielle bénigne, mais cinq malades seulement n'étaient pas ménopausées. Les chiffres de tension artérielle sont toujours de chiffres moyens, une seule fois le maxima était supérieur à 20. Il est fréquent de voir, après la cure, sinon baisser les chiffres tensionnels, du moins disparaître de nombreux troubles subjectifs de l'hypertension artérielle.

Cinq malades avaient des antécédents de spécificité. Les réactions sérologiques étaient positives dans quatre cas.

CAUSES DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE FEMININ

MILIEU SOCIAL

Deux éléments nous permettent d'apprécier le milieu social : le domicile et la profession.

Le domicile :

Comme pour les hommes, la majorité de nos malades femmes a pour origine la banlieue Sud de Paris et les arrondissements Sud de la Capitale.

Paris	96 malades	44 %
Paris 12°, 13°, 14°, 15°,	39 malades	40 %
— 18°, 19°, 20°	17 malades	17 %
Banlieue Sud	61 malades	28 %
— Est	16 malades	7 %
— Nord	14 malades	6 %
— Ouest	4 malades	1 %
Province	17 malades	7 %
Sans domicile fixe	7 malades	3 %

Nous voyons que le pourcentage de malades sans domicile fixe est moins important que pour les hommes, il dépasse à peine 2 %.

Profession :

Sans profession	133 malades	50 %
Femmes de ménage, bonnes à tout faire, serveuses	46 malades	17 %
Ouvrières	22 malades	8 %
Manœuvres	13 malades	4 %
Employées Secteur Public, Fonctionnaires, S.N.C.F.	11 malades	4 %
Employées Secteur Privé, Sténo-dactylo, comptable, secrétaire, vendeuse	9 malades	3 %
Commerçante, gérante, foraine	10 malades	3 %
Blanchisseuse	2 malades	0,30 %
Chiffonnière	1 malade	0,30 %
Décoratrice	1 malade	0,30 %
Coiffeuse	1 malade	0,30 %
Figurante	1 malade	0,30 %

CONDITIONS DE TRAVAIL

Six malades, soit 4 % des malades occupant un emploi régulier, étaient en arrêt de travail pour une raison directement en rapport, maladie ou non, avec l'éthylisme chronique. L'une de ces malades avait été licenciée pour son éthylisme.

Trois malades avaient des ennuis professionnels ou étaient menacées de licenciement.

Quatre malades étaient en chômage.

CAUSES FAVORISANT OU DECLENCHANT L'INTOXICATION ETHYLIQUE

L'éducation et le milieu familial ne figurent que dans quatre observations (1,50 % ; par contre, l'éthylisme conjugal existait dans 25 cas (10 %). Nous avons vu au chapitre des troubles psychiques l'importance d'une débilité mentale de la femme dans cette toxicomanie conjugale.

La prostitution et les habitudes alcooliques qu'elle entraîne a eu un rôle déterminant chez deux malades.

La profession est directement en cause chez trois de nos malades, tenancières d'un débit de boissons ou gérantes de cafés. Mais la profession joue aussi certainement un rôle important pour les cuisinières, serveuses et bonnes à tout faire; nous avons vu que 46 de nos malades appartenaient à l'une de ces catégories.

Parmi les autres causes, citons : un séjour aux colonies et une toxicomanie antérieure, dont l'exemple a déjà été donné.

Nous avons relevé parmi les causes déclenchant l'intoxication alcoolique, indépendamment des troubles psychiques qui ont déjà été étudiés :

- des ennuis moraux, difficiles à préciser ou sur lesquels les malades refusent de donner des renseignements, sont invoqués dans dix cas, soit 3,83 %;

- des difficultés conjugales existent dans 25 cas (10 %);

- un divorce ou une instance de divorce dans 5 cas (2 %);

- l'infidélité du mari ou son abandon du domicile conjugal dans 6 cas (2 %); sa maladie dans un cas;

- l'alcoolisme peut apparaître à la suite d'un décès (celui du mari dans 11 cas, soit 4 %; celui du père dans un cas; celui d'un enfant dans 7 cas, soit 2,50 %);

- des ennuis familiaux, sous la forme de conflits avec les parents ou les beaux-parents à la faveur de difficultés de logement, ont entraîné l'éthylisme dans 7 cas, soit 2,50 %.

Nous avons déjà vu l'incidence, minime, des infections tuberculeuses dans l'apparition de l'alcoolisme chronique féminin.

Les accidents de la vie génitale peuvent jouer un rôle par leur retentissement psychique. Nous avons déjà vu les problèmes de la ménopause, naturelle ou provoquée par hystérectomie chez des femmes jeunes. Dans une de nos observations, un accouchement semble avoir joué surtout comme cause aggravante, sans l'intermédiaire d'une véritable névrose du post-partum.

Un logement insuffisant est invoqué par deux de nos malades. Mais une étude plus précise de ce problème révélerait sans doute une plus grande responsabilité de ce facteur dont les incidences psychiatriques commencent à être connues.

L'une de nos malades, débile mentale, avait commencé à boire après un sinistre total à Lorient pendant la guerre.

Délinquance : Une seule de nos malades avait fait un séjour dans une maison de correction. Bonne à tout faire de 12 à 15 ans, maison de correction de 15 à 21 ans, s'est mise à boire dès sa sortie; prostitution plusieurs années; vit maritalement avec un ancien bagnard. Un cas comme celui-ci montre la pluralité possible d'incidences sociales défavorables.

L'INTOXICATION ALCOOLIQUE

Le mode d'intoxication :

Il est différent suivant les malades; ainsi que le montre le tableau ci-dessous :

Boissons alcoolisées isolées :

Vin	87 malades, soit	45 %
Bière	8	4 %
Cidre	1	0,50
Apéritifs	3	1,50
Alcools	1	0,50

Boissons alcoolisées associées :

Vin + bière	42	21,70
Vin + cidre	6	3 %
Vin + apéritif	15	7,70
Vin + alcool	9	4,60
Bière + cidre	1	0,50
Bière + apéritif	1	0,50
Apéritif + alcool	1	0,50
Vin + bière + apéritif	8	4
Vin + bière + alcool	2	1
Vin + apéritif + alcool	9	4,60
Vin + bière + cidre	4	2
Vin + bière + apéritifs + alcools	4	2

Nous voyons donc que, comme pour les hommes, l'intoxication par le vin arrive en tête, puis l'intoxication par le vin associé à la bière; enfin, l'intoxication par le vin associée à des apéritifs. Le vin participe donc à l'intoxication dans 144 cas sur les 193 cas où le mode d'intoxication a pu être précisé, soit dans 74 % des cas.

Dans deux cas, l'intoxication était complétée par l'ingestion d'Eau de Cologne; et, dans un troisième, par de l'alcool à 90°.

Cette fréquence de l'intoxication éthylique par le vin peut s'expliquer, d'une part, par la situation géographique de nos malades, par leur milieu social; d'autre part, par le coût relativement peu élevé de ce mode d'intoxication.

Consommation quotidienne en grammes d'alcool :

(Au sujet de ces calculs, voir le même chapitre de l'alcoolisme masculin.)

Moins de 50 grs par jour	4	2,20 %
De 50 à 100 grs	39	21,50
De 100 à 150 grs	46	25,40
De 150 à 200 grs	56	30,90
De 200 à 250 grs	18	9,90
De 250 à 300 grs	12	6,60
De 300 à 350 grs	4	2,20
De 440 à 450 grs	1	0,50
De 450 à 500 grs	1	0,50

Cette statistique est établie pour 181 malades.

Elle permet de constater que la majorité des malades (141, soit 77 %) boivent entre 50 et 200 grammes d'alcool par jour, ce qui cor-

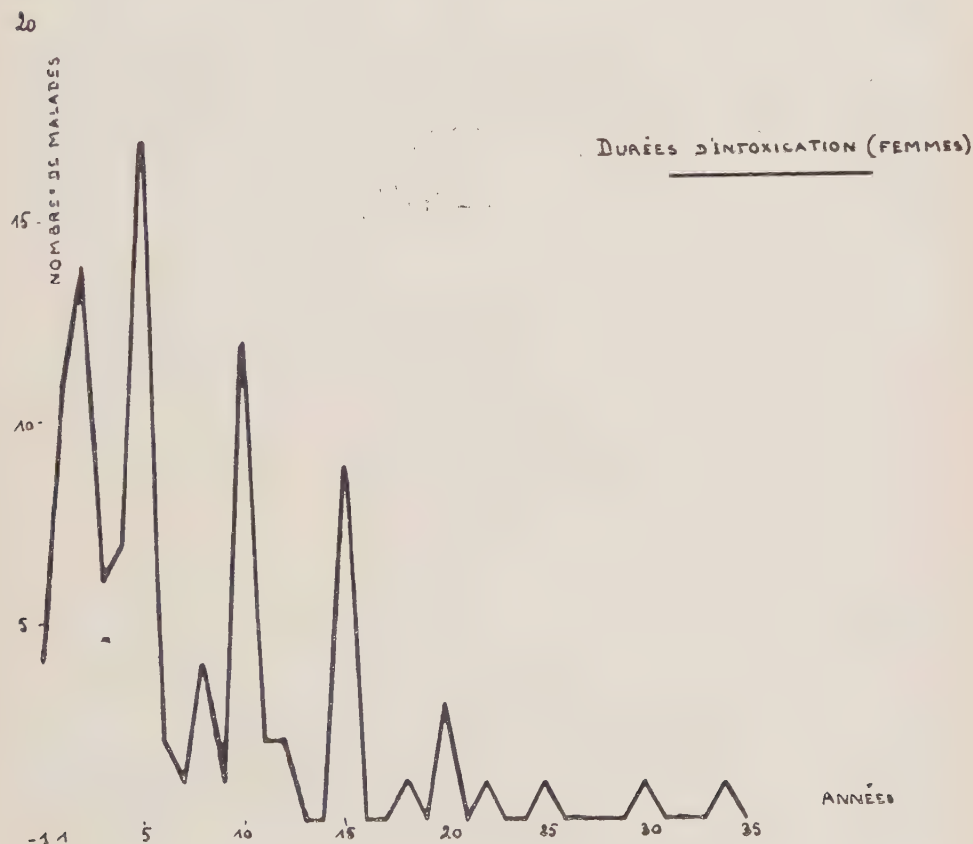
respond approximativement à une consommation variant de un à trois litres de vin par jour.

Il faut également noter que le nombre de malades buvant plus de 200 grammes d'alcool par jour, soit l'équivalent de trois litres de vin par jour, n'est pas négligeable : 36 malades, soit près de 20 %.

Durée de l'intoxication au moment de la cure :

La durée de l'intoxication n'a pu être précisée que pour 107 malades. 100 malades, soit 93,40 %, avaient une intoxication continue, c'est-à-dire une intoxication d'habitude, quotidienne. 7 malades, soit 6,60 %, présentaient une intoxication épisodique.

La durée de l'intoxication en fonction du nombre de malades est indiquée par le schéma ci-dessus :



Deux remarques peuvent être faites : la durée de l'intoxication est beaucoup moins importante que dans l'alcoolisme masculin, dans 30 % des cas, il s'agit d'un éthyisme récent, datant de moins de 5 ans; pour 28 % des malades, l'intoxication était de 5 à 10 ans.

Pour près de 20 % des malades, dont l'intoxication datait de 8 à 12 ans, il s'agissait de la reprise des habitudes d'intempérance après la guerre.

Pour les malades dont l'intoxication dépasse 15 ans, il faut bien entendu déduire les cinq années de guerre.

Un alcoolisme épisodique n'est observé que chez 7 malades (6,50 %). Chez 4 de ces malades, ayant un état dépressif, les excès alcooliques n'apparaissent qu'au moment des périodes de dépression. Chez une autre malade, l'intoxication alcoolique était le moyen de se libérer de ses obsessions sexuelles. Une malade buvait seulement au moment de ses règles. Enfin, une dernière malade avait des accès dipsomaniaques qui ne duraient qu'une journée. Entre les accès, la malade ne buvait pas de vin, même au cours des repas.

Il convient de citer à part l'observation de cette malade, alcoolique d'habitude, mais dont l'intoxication prend également l'allure d'accès dipsomaniaques :

Malade de 37 ans, née en Pologne, sans profession, mariée, deux enfants, instruction secondaire, boit un litre de vin et deux litres et demi de bière par jour, boit, en outre, au moment des accès, de l'Eau de Cologne, de l'alcool à brûler, du Synthol jusqu'à l'ivresse. Quatre cures antérieures de désintoxication, dont trois cures internées; les durées d'abstinence après ces différentes cures ont toujours été inférieures à six mois.

Manifestations cliniques de l'ethyliste chronique féminin

TROUBLES ORGANIQUES

Troubles digestifs :

Les troubles digestifs mineurs (pituites, anorexie élective pour les graisses, pesanteur post-prandiale, diarrhée), sont observés dans 105 cas, soit 40,20 %.

Il est plus intéressant de signaler qu'au moment de la cure, une anorexie globale existait dans 50 ans (19,10 %).

Troubles hémorragiques :

22 malades (8,40 %) avaient des signes hémorragiques mineurs.

2 malades avaient fait des hématoméses (0,60 %); des hémorragies intestinales ou un méloena sont observés dans 4 cas (1,20 %).

2 malades avaient des métrorragies qui, après un examen permettant d'écarter une cause gynécologique, pouvaient être rapportées à un trouble de la crase sanguine d'origine hépatique.

Troubles de l'état général :

Un amaigrissement important et récent est noté dans 35 cas (13,40 %); malheureusement, cet amaigrissement n'a pu être chiffré.

Une asthénie également importante, plus marquée que l'asthénie habituelle des alcooliques chroniques, existait dans 32 cas (12,20 %).

Troubles endocriniens :

Une dysménorrhée (essentiellement sous forme d'irrégularités du cycle menstruel) ou une aménorrhée est notée dans 12 observations (9 %).

Troubles hépatiques :

56 malades (21,40 %) avaient une hépatomégalie.

Une atrophie du foie n'est notée que dans 2 cas (0,70 %).

Ces modifications du volume hépatique s'accompagnaient dans 13 cas (4,70 %) de signes d'hypertension portale.

Le bilan hépatique était perturbé dans 61 cas (23 %).

Parmi les épreuves de floculation, la plus souvent perturbée est l'épreuve au Kunkel phénol (68 %); puis vient le Red colloïdal test (59 %); le Kunkel simple (37 %); le Hanger (37 %), enfin le Mac Lagan (8 %).

N.-B. — Nous renvoyons pour la discussion de ces troubles hépatiques au chapitre correspondant de l'alcoolisme masculin.

Troubles neurologiques :

6 malades (2,20 %) présentaient à l'examen des signes dissociés de polynévrite.

19 malades (7,20 %) avaient un tableau complet de polynévrite éthylique des membres inférieurs.

Sur 7 malades ayant une baisse subjective de l'acuité visuelle, 5 (1,90 %) avaient une névrite optique rétro-bulbaire à l'examen ophtalmologique.

TROUBLES NEURO-PSYCHIATRIQUES

Les troubles du sommeil sont extrêmement fréquents (121 cas, soit 46 %).

Les troubles caractériels sont également fréquents (73 malades, soit 27 %). Ces troubles caractériels entraînent des troubles du comportement chez 10 malades (3,80 %).

Il est extrêmement difficile de dissocier les troubles neuro-psychiatriques d'origine alcoolique : si les troubles de la mémoire peuvent exister isolément (on les note dans 29 observations, soit 11 %), ils sont le plus souvent inclus dans une symptomatologie beaucoup plus riche.

L'association d'une amnésie antérograde de fixation, d'une désorientation dans le temps et dans l'espace et d'une fabulation, peut faire parler de syndrome de Korsakoff chez trois de nos malades. Dans les trois cas, l'intoxication alcoolique était ancienne. L'encéphalographie gazeuse montrait dans l'un d'entre eux, une atrophie cérébrale discrète.

Des idées de persécution existaient dans trois cas, associées chez une de ces malades à des hallucinations visuelles et auditives.

Des hallucinations visuelles isolées se rencontrent chez 5 malades, quatre d'entre elles n'avaient pas de troubles de la mémoire.

Dans 12 observations, soit 5 %, la détérioration psychique était beaucoup plus importante et s'est trouvée confirmée par la mise en évidence d'une atrophie cérébrale à l'encéphalographie gazeuse.

L'une de ces malades se distingue par son jeune âge : 29 ans et par le caractère récent de son intoxication : 2 litres de vin, un litre de bière et un apéritif par jour depuis deux ans seulement. A l'EG, légère dilatation ventriculaire. La responsabilité de l'éthylisme peut cependant être discutée car cette malade était une grande débile mentale.

Toutes les autres malades avaient une intoxication alcoolique très ancienne et elles présentaient toutes, soit des lésions organiques, soit des lésions neuro-psychiques avancées :

Malade de 47 ans, manœuvre, délire alcoolique subaigu. EG : atrophie cérébrale diffuse.

Malade de 49 ans, ouvrière spécialisée, 2 litres de vin rouge depuis toujours; stéatose à la ponction biopsie du foie, polynévrite. EG : atrophie frontale; grosse atrophie péri-ventriculaire.

Malade de 50 ans, nie toute intoxication malgré des signes évidents d'éthylisme chronique; EG : atrophie corticale.

Malade de 52 ans, boit surtout depuis un an : 1 litre de vin par jour, état général médiocre, signes histologiques de cirrhose à la ponction biopsie du foie. EG : atrophie corticale importante, EEG normal.

Malade de 52 ans, EG : atrophie corticale diffuse.

Malade de 52 ans, gérante de halte à la S.N.C.F., boit 2 litres de cidre depuis toujours, polynévrite, oligophrène, EG : atrophie frontale.

Malade de 53 ans, un litre et demi de vin et un litre et demi de cidre par jour, plusieurs ivresses par semaine, état démentiel alcoolique avec affaiblissement global des facultés intellectuelles, désorientation dans le temps et dans l'espace, troubles du jugement et du comportement, exhibitionnisme. EG : atrophie cérébrale diffuse.

Malade de 57 ans, boit un litre de vin et un litre de bière par jour, même tableau clinique que malade précédente. EEG : souffrance cérébrale diffuse à prédominance temporale droite. EG : atrophie cérébrale diffuse.

Malade de 54 ans, névrite optique rétro-bulbaire, encéphalopathie alcoolique; EEG : altéré sans foyer; EG : atrophie cérébrale diffuse.

Malade de 62 ans, un litre de vin par jour, gastrectomie 15 ans avant, EG : atrophie frontale et dilatation ventriculaire.

Malade de 65 ans, boit depuis 15 ans, état confuso-déméntiel avec idées délirantes; EEG : tracé plat; EG : dilatation ventriculaire globale.

Le caractère commun à toutes ces observations semble être la très longue durée de l'intoxication plutôt que la quantité quotidienne d'alcool, une intoxication même modérée semble pouvoir provoquer, si elle est suffisamment prolongée, des lésions nerveuses irréversibles.

Ces lésions nerveuses irréversibles semblent se constituer d'autre part chez des malades présentant un tropisme nerveux particulier à l'alcool. Dans deux cas seulement, on note l'existence de troubles hépatiques vérifiés par la ponction biopsie, dans huit cas, on note l'existence de lésions nerveuses graves, soit sous forme de polynévrite alcoolique des membres inférieurs, de névrite optique ou de troubles psychiques graves.

Il n'est pas nécessaire de souligner que ces malades sont de très mauvais cas pour la désintoxication alcoolique.

MANIFESTATIONS AIGUES ET SUBAIGUES DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE

CRISES COMITIALES D'ORIGINE MANIFESTEMENT ETHYLIQUE

Dans un seul cas, les crises comitiales étaient manifestement en rapport avec les excès éthyliques :

Il s'agissait d'une malade de 36 ans, sans profession, mariée et mère de trois enfants, qui buvait depuis 15 ans, un litre et demi de vin et quatre litres de bière par jour, sept ivresses par semaine; BW positif de découverte systématique, Nelson à 100 %, aucun signe de spécificité nerveuse, impossibilité de préciser le rythme des crises. EEG normal.

PERTES DE CONNAISSANCE

Nous renvoyons, pour les discussions afférentes à ces pertes de connaissance au chapitre correspondant de l'alcoolisme masculin.

5 malades présentaient des pertes de connaissance avant la cure:

Malade de 47 ans, sans profession, sans domicile fixe, un litre de vin et un litre de bière par jour, plusieurs pertes de connaissance; EEG normal.

Malade de 51 ans, sans profession, un litre de vin et trois litres de cidre par jour, deux délirium dans les antécédents, cinq pertes de connaissance récentes; EEG normal.

Malade de 57 ans, un litre et demi de bière et un litre de cidre par jour, un délirium dans les antécédents, plusieurs pertes de connaissance; EEG normal.

Malade de 41 ans, sans profession, névrite optique retro-bulbaire, plusieurs pertes de connaissance, EEG normal.

Malade de 44 ans, fille de salle, boit trois litres de vin par jour, à la suite d'un traumatisme affectif, un délirium, état dépressif, quelques pertes de connaissance; EEG normal.

La revue de ces malades permet les constatations suivantes :

L'intoxication était dans tous les cas importante et de longue durée.

Dans quatre cas, on avait la notion d'un ou de plusieurs délirium dans les antécédents.

Dans tous les cas, les pertes de connaissance étaient relativement récentes. Enfin, il est à noter que l'EEG était normal dans tous les cas.

Ces constatations rejoignent celles que nous avons pu faire au cours de l'étude de l'alcoolisme masculin.

DELIRE ALCOOLIQUE SUBAIGU

18 malades présentaient, au moment de l'observation, un délire alcoolique subaigu.

Dans trois cas, une atrophie cérébrale a été mise en évidence par une encéphalographie gazeuse.

Dans deux cas, le délire s'associait à un état dépressif.

Dans deux autres cas, il se greffait sur un fond d'oligophrénie.

DELIRIUM TREMENS

15 malades (5 %) avaient fait un ou plusieurs délirium tremens avant la cure. Une seule malade était arrivée dans le Service en état de délirium trémens.

IVRESSES

23 malades (9 %) avouaient avoir des ivresses. 12 d'entre elles pouvaient préciser leur nombre d'ivresses par semaine (4 malades étaient ivres tous les soirs, 5 autres étaient ivres plus de trois fois par semaine).

Signalons que 4 de nos malades avaient provoqué l'intervention de la police pour scandale sur la voie publique.

CONTRE-INDICATIONS DE LA CURE DE DESINTOXICATION

Les contre-indications de la cure de désintoxication peuvent être psychiques, somatiques et sociales. Mais il faut souligner d'emblée que ces contre-indications sont souvent associées :

21 malades, soit près de 8 %, présentaient une contre-indication à la cure.

Dans 9 cas, la contre-indication était la conséquence de troubles graves, faisant craindre des lésions nerveuses irréversibles. L'encéphalographie gazeuse mettait en évidence dans six cas, une atrophie cérébrale. Deux autres malades présentaient un syndrome dépressif aigu; en-

fin, chez la dernière malade, la débilité mentale était si accentuée qu'une cure n'avait aucune chance de réussir.

Dans trois cas, l'état somatique empêchait toute cure de désintoxication : l'une de ces malades avait 74 ans, une autre un état vasculaire très médiocre, enfin la dernière une bacillose pulmonaire bilatérale évolutive.

Dans deux cas, les conditions sociales étaient nettement défavorables : l'une de ces malades venait de sortir depuis peu d'un asile psychiatrique et se livrait à la prostitution, l'autre malade vivait dans une famille d'éthyliques et une première cure avait été suivie d'une rechute immédiate.

Chez six malades, des troubles organiques graves s'associaient à des troubles psychiques également graves: 4 d'entre elles avaient une polynévrite éthylique des membres inférieurs, dont deux un syndrome de Korsakoff; une malade présentait un syndrome confuso-déméntiel, enfin, la dernière, un mauvais état général après trois cures successives de désintoxication.

4 de ces 6 malades avaient une atrophie cérébrale.

Pour une étude plus complète des limites de la cure, nous renvoyons à une étude qui a été faite dans le service (1), mais ce que nous pouvons signaler ici, c'est l'intérêt que prend l'encéphalographie gazeuse pour faire un bilan anatomique exacte des lésions.

ORIGINE DES MALADES

38 malades (15 %) étaient envoyées par leur médecin traitant.

32 malades (14 %) étaient dirigées d'un autre service ou d'un autre hôpital.

7 malades étaient envoyées par leur médecin du travail (3 %).

MALADES VOLONTAIRES

Parmi nos malades femmes, 230 étaient volontaires pour la cure de désintoxication, soit 92 %; 29, soit 5 %, étaient à demi-volontaires; 11, soit 3 %, étaient contraintes à la cure par leur entourage ou par leur administration.

Pour la discussion de ces termes, nous renvoyons au même chapitre de l'alcoolisme masculin.

CURES ANTERIEURES DE DESINTOXICATION

Parmi les malades qui sont venues consulter à l'hospice de Bicêtre, un certain nombre avaient déjà subi une ou plusieurs cures de désintoxication (41 malades, soit 16 %).

Parmi ces malades :

34 (83 %), avaient déjà subi une seule cure.

5 (12 %) avaient subi deux cures.

1 (2 %) avait fait trois cures.

1 (2 %) avait fait trois cures.

Dans le tableau ci-dessous, nous avons relevé les durées d'abstinence complète en fonction des modalités de la cure de désintoxication suivie. Nous n'avons tenu compte que des durées d'abstinence complète, celle-ci, surtout chez ces malades ayant rechuté, étant le seul critère valable de guérison.

	cure ambulatoire		hospitalière		internée		dans le service	
Rechute immédiate	13	59 %	4	25 %	2	66 %	1	11 %
Moins d'un mois					1	33 %		
Un mois	3	13 %	3	18 %			3	33 %
Deux mois	1	4 %	2	12 %				
Trois mois	1	4 %	3	18 %			1	11 %
Six mois							3	33 %
Neuf mois								
1 an	4	18 %	1	6 %			1	11 %
18 mois	1	4 %						
2 ans	1	4 %						

Les pourcentages sont exprimés par rapport au nombre de cures dans chaque catégorie.

22 malades avaient fait une cure ambulatoire.

16 malades avaient fait une cure en milieu hospitalier, mais deux seulement avaient subi une cure de dégoût par l'apomorphine.

3 malades avaient été internées pour leur cure de désintoxication.

9 malades avaient subi une cure de désintoxication dans le Service de Bicêtre.

Ce tableau permet de remarquer :

Le pourcentage très élevé de rechutes immédiates après une cure de désintoxication ambulatoire. Les malades que nous revoyons sont évidemment les mauvais cas, mais cette réserve n'a pas de valeur absolue.

Les résultats très médiocres obtenus après les cures internées.

Ces résultats portent évidemment sur un petit nombre de malades, mais confirment les remarques faites dans le chapitre des malades hommes, à savoir qu'un internement réduit à un sevrage forcé sans autre traitement médical que quelques injections de strychnine n'est pas ce que l'on peut appeler une cure de désintoxication; et le fait qu'il s'agit souvent d'éthyliques caractérielles ou dangereuses, au long passé éthylique, n'est pas suffisant pour atténuer cette remarque.

La cure de désintoxication

Cette étude de l'alcoolisme féminin porte sur 261 malades; c'est le nombre de malades s'étant présentées à la consultation pour subir une cure de désintoxication.

Sur ce nombre, 22 malades, soit 8 %, ont refusé de subir la cure après qu'on leur en eût expliqué les modalités; 5 malades ont donné leur accord de principe et ne se sont pas présentées le jour de la convocation; donc 27 malades ont refusé la cure (9 %).

Une contre-indication a été posée dans 21 cas.

48 malades n'ont donc pas suivi la cure.

9 malades ont fait une seconde cure de désintoxication dans le service; les résultats qui vont être donnés maintenant portent donc sur 261 — 48 + 9 : soit 222 cures de désintoxication.

Les critères de guérison ont été exposés au sujet de l'alcoolisme masculin.

7 malades ont subi une cure incomplète de désintoxication; étant sorties sur leur demande avant la fin de la cure; trois d'entre elles avaient simplement reçu les injections de curéthyl; quatre autres sont sorties avant la fin des réactions antabuse-alcool.

Une seule malade a eu une cure ambulatoire, elle était déjà sevrée et des conditions sociales particulières ne permettaient pas l'hospitalisation.

Dans trois cas, la cure de désintoxication a été précédée ou associée à une série d'électro-chocs; dans les trois cas, il s'agissait d'alcoolismes réactionnels à un état dépressif assez prononcé pour justifier de cette thérapeutique.

Dans un cas, la cure s'est accompagnée d'un traitement sédatif (phénergan, largactil).

RESULTATS DE LA CURE DE DESINTOXICATION DANS L'ALCOOLISME FEMININ

	Nombre de malades	Perdus de vue		BIEN		DOUTEUX		RECHUTÉS	
			%		%		%		%
3 mois	205	174	84,88	26	12,68	3	1,46	2	0,98
6 mois	197	170	86,31	18	9,13	2	1,01	7	3,55
12 mois	155	130	88,10	11	7,09	3	1,94	6	3,87
2 ans	98	90	91,83	7	7,15			1	1,02
3 ans et plus	45	36	80,02	4	8,88	3	6,66	2	4,44

LES INCIDENCES DE LA CURE

Six malades ont fait un délirium au moment du sevrage malgré les injections de solutions alcoolisées intra-veineuses. Dans deux cas, ce délirium a duré huit jours; dans trois cas, il a duré trois jours; dans deux cas, il a duré deux jours.

Les incidents de la cure elle-même sont très peu nombreux :

Citons à part avant de commencer, le cas de cette malade qui présentait une intoxication massive depuis deux mois par toxicomanie conjugale. Elle était enceinte d'un mois, elle a subi la cure sans incident.

Parmi les incidents notés, il faut citer :

Quelques troubles du rythme sous forme d'extra systoles après la troisième injection d'apomorphine. Ces troubles ont disparu en 48 heures, cette malade de 51 ans a eu une cure complète sans aucun autre incident.

Une poussée fébrile chez une malade de 59 ans, opérée de lithiase biliaire 20 ans avant; examen entièrement négatif, sédation de la fièvre en 4 jours sans traitement spécifique; cure complète sans incident.

Un syndrome abdominal aigu :

Malade de 49 ans, délirium au moment du sevrage ayant duré huit jours; fait au dixième jour, avant le début des injections d'apomorphine, un syndrome abdominal aigu; avec douleurs diffuses, ballonnement, examen entièrement négatif; mise en observation en milieu chirurgical; sédation en quelques jours; ce syndrome semble avoir été la conséquence des désordres hydroélectrolytiques au cours des derniers jours du délirium. Cure complète sans incident.

Sur le plan psychique, on note une seule fois une aggravation de l'état antérieur :

Malade de 60 ans, boit depuis 10 ans, un litre de vin par jour; délirium de trois jours au moment du sevrage; cure habituelle; pendant la cure, on assiste à une détérioration du psychisme; à la fin de la cure : euphorie, logorrhée, troubles du comportement. La cure ne semble responsable que dans la mesure où le sevrage a pu favoriser une décompensation ou une extériorisation des troubles psychiques de l'alcoolisme chronique de cette malade.

Nous voyons donc que les incidents de la cure sont minimes, que la cure de désintoxication telle qu'elle est pratiquée dans le service est (bien entendu après avoir écarté les malades présentant une contre-indication somatique grave) parfaitement tolérée par l'ensemble des malades.

LA POST-CURE

Nous ne reviendrons pas sur les problèmes de la post-cure qui ont été traités avec l'alcoolisme masculin.

Nous verrons seulement ici les incidents de la post-cure observés chez les malades femmes ayant suivi une cure dans le service.

Parmi ces incidents, nous trouvons :

Dans un cas, trois mois après la cure, une crise de colite spasmodique; examen clinique et baryté négatifs; guérison par un traitement symptomatique.

Dans un autre cas, un ictère de caractère épidémique.

Il est bien difficile de relier ces affections avec la cure.

Parmi les troubles psychiques mineurs :

Dans un cas, des troubles de l'attention gênant la malade dans l'exercice de sa profession, sans reprise des habitudes éthyliques; ces troubles ont disparu avec la réduction de la dose quotidienne d'antabuse.

Dans un cas, on note la persistance de troubles du sommeil, sous forme d'insomnie au 6^e mois, malgré une abstinence complète.

Dans deux cas, un syndrome de confusion mentale est apparu dans le premier mois de la post-cure :

Dans le premier, il est la conséquence d'une reprise de l'intoxication éthylique malgré la prise de l'antabuse :

Malade de 49 ans; ouvrière sur machine; polynévrite éthylique; troubles de la mémoire: à l'EG, atrophie frontale et grosse atrophie péri-ventriculaire; fait un syndrome confusionnel un mois après sa sortie avec tendances exhibitionnistes. A repris son intoxication dès sa sortie, malgré la prise régulière de l'antabuse.

Dans le second cas, il s'agissait d'un accident de surdosage à l'antabuse :

Malade de 53 ans, buvant depuis 7 ans, deux litres de vin et deux apéritifs par jour; fait au cours du premier mois après sa sortie, quelques épisodes de confusion mentale avec céphalée, malgré une abstinence complète. Disparition de tous les troubles par réduction de la dose d'antabuse.

Des troubles psychiques graves et persistants après la cure ont entraîné l'internement de trois malades. Dans l'un des cas, les indications de la cure semblent avoir été poussées au maximum, malgré une atrophie cérébrale; la rechute avait été immédiate. Dans les deux autres cas, des conditions sociales défavorables et persistantes avaient contribué à une rechute rapide.

Dans un cas, on note un transfert de toxicomanie sous l'influence d'un milieu social et familial défavorable :

Malade de 43 ans, sténo-dactylo, boit deux litres de vin blanc, par épisodes durant cinq jours par mois environ; mère autoritaire, préférant sa sœur cadette, prenant le parti du mari, cultivateur devenu fonctionnaire, taciturne, n'ayant jamais voulu avoir d'enfants; une cure antérieure de désintoxication à Villejuif, rechute immédiate après une hospitalisation de trois mois. Cure habituelle dans le Service. Un mois après abstinence complète, mais la malade prend du Nembutal à une dose telle qu'elle reste chez elle dans un état sub-comateux. Retrouvée internée sept mois après pour une nouvelle cure de désintoxication.

Deux malades qui avaient des hallucinations avant la cure voyaient persister ces hallucinations deux et six mois après la cure.

Des états dépressifs peuvent réapparaître après la cure. C'est le cas pour 5 de nos malades. La rechute de l'état dépressif est souvent rapide (de 2 à 5 mois) et correspond dans tous les cas à une reprise de l'intoxication éthylique.

Un point qui mérite d'être signalé est l'apparition d'un état dépressif chez des malades qui n'avaient jamais été déprimées avant la cure de désintoxication. L'observation suivante est intéressante :

Malade de 40 ans, vendeuse d'alimentation aux Halles, boit par habitude professionnelle depuis 18 ans, intoxication également favorisée par un éthylisme conjugal. Prédominance de troubles caractériels à type d'irritabilité. Cure volontaire. Abstinence complète douze mois, puis reboit modérément. Revue au 18^e mois, rechute complète associée à un état dépressif, accepte de reprendre ses comprimés d'antabuse; mais devant une rechute partielle, trois mois après, deuxième cure dans le Service. Jamais revue après cette seconde cure.

CONCLUSIONS

Cette étude nous a permis de revoir plus de 2000 observations d'alcooliques chroniques (1921 hommes et 261 femmes). Ces malades avaient été adressés au Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hospice de Bicêtre pour y subir une cure de désintoxication alcoolique. Nous n'avons pu malheureusement mener nos investigations jusqu'au point où nous l'aurions désiré, en raison de l'insuffisance de certains dossiers, incomplets ou imprécis.

Cette étude dégage cependant quelques notions essentielles pouvant servir à caractériser l'alcoolisme chronique dans la Région Parisienne.

L'étiologie de l'alcoolisme chronique masculin confirme que nos malades sont, dans l'immense majorité des cas, des buveurs de plus de 40 ans, ayant derrière eux un long passé d'alcoolisme chronique. Ce sont essentiellement des alcooliques chroniques par habitudes professionnelles.

Les troubles psychiques antérieurs à l'alcoolisme sont peu fréquents puisqu'ils existent dans moins de 8 % des cas. Parmi ces troubles psychiques, les états dépressifs dominent. La part du déséquilibre mental est difficile à établir et aucune statistique valable ne semble possible.

Parmi les états morbides à incidences neuro-psychiques, il faut faire une place à part aux traumatismes crâniens. Nous avons vu, en effet, qu'un traumatisme crânien aggrave considérablement les manifestations neuro-psychiatriques de l'alcoolisme chronique, qu'il est capable d'entraîner rapidement une imprégnation alcoolique telle, que, même avec des doses modérées, le malade est vite conduit à la nécessité d'une cure de désintoxication. A l'inverse, l'alcoolisme majore notablement les troubles post-commotionnels et les séquelles neurologiques et psychiatriques post-traumatiques. Celles-ci sont parfois uniquement sous la dépendance de l'alcoolisme.

Les malades ayant eu une intervention pour tumeur cérébrale, présentent une intolérance vis-à-vis de l'alcool, comparable à celle des traumatisés crâniens. La nécessité d'une tempérance stricte et même du sevrage absolu est identique pour ces deux catégories de malades.

Parmi les affections pathologiques antérieures à l'alcoolisme, deux affections dominent :

— La tuberculose pulmonaire, dont les conséquences morales et surtout sociales prédisposent à l'alcoolisme chronique. Les traitements actuels, abrégant les cures sanatoriales et permettant un reclassement professionnel plus rapide, agiront peut-être sur ce facteur.

— Les gastrectomies, qui sont suivies d'une intolérance accrue à l'alcool, celui-ci aggravant les troubles carenciels de l'agastrie.

La bacillose stabilisée comme l'agastrie, loin d'être des contre-indications de la cure de désintoxication, nous semblent, au contraire, des indications presque urgentes, étant donné la rapidité avec laquelle ces malades, à l'état général déficient, font des lésions nerveuses irréversibles.

Du point de vue social, les conclusions sont difficiles à établir. Il s'agit, d'une part, d'un recrutement hospitalier n'intéressant pas toutes les classes sociales de façon égale; d'autre part, de malades provenant du Sud de la Région Parisienne, mais nous avons pu constater que les modalités d'intoxication ont tendance à s'uniformiser; enfin, parce que la statistique concernant les professions ne donne pas une image exacte de la répartition de l'alcoolisme suivant ces professions (les services de sécurité sont évidemment plus surveillés).

L'étude des modalités de l'intoxication alcoolique a confirmé :

— La prédominance du vin dans l'intoxication alcoolique.

— La généralisation d'une intoxication à base de vin.

— Le recul de certaines boissons alcoolisées secondaires (bière, par exemple) dans des régions comme les départements de l'Est.

— La durée de l'intoxication, véritablement chronique, la majorité de nos malades buvant depuis plus de dix ans.

— L'importance de l'intoxication, ainsi que le prouve l'addition des boissons alcoolisées prises quotidiennement; mais aussi la possibilité d'alcoolisme chronique par des ingestions relativement modérées.

— La rareté des alcoolismes réactionnels, chez l'homme tout au moins. L'alcoolisme étant, dans la majorité des cas, un alcoolisme professionnel, d'habitude. Le début de l'intoxication datant du passage dans l'armée, de l'entrée dans la profession, d'un séjour dans un sanatorium, d'un changement de milieu social...

L'étude des manifestations de l'alcoolisme chronique souligne la fréquence des troubles organiques aussi bien digestifs que nerveux. Peu de malades avaient un bilan somatif négatif. Peu nombreux étaient ceux qui n'étaient soignés depuis des années pour des troubles divers relevant uniquement de leur alcoolisme, sans grand succès d'ailleurs, puisqu'ils persistaient dans leur intoxication.

La fréquence des manifestations neuro-psychiatriques doit également être soulignée. Si certaines manifestations aiguës ne sont pas ignorées en raison de leur intensité ou de leur gravité, comme le délirium, seules des études systématiques permettent de chiffrer les manifestations latentes, mais également graves, aussi bien sur le plan clinique que sur le plan social comme un affaiblissement intellectuel ou une atrophie cérébrale. Et combien d'entre elles échappent encore à l'examen clinique?

L'étude des malades comitiaux a montré le rôle de l'intoxication alcoolique dans la genèse des crises comitiales, rôle important puisque 90 à 95 % des crises comitiales observées chez les alcooliques chroniques relevaient seulement de l'intoxication alcoolique. Ce rôle de l'alcool dans la comitialité mérite d'être rappelé avec insistance, en raison des possibilités thérapeutiques qu'offre la cure de désintoxication.

L'étude de la cure de désintoxication appliquée à une série importante de malades permet les conclusions suivantes :

Les contre-indications de la cure sont peu nombreuses. Les limites de la désintoxication paraissent dans certains cas avoir été étendues au maximum. Il faut rappeler que le sevrage est souvent la seule condition permettant un traitement efficace des troubles morbides engendrés par l'alcoolisme chronique, que tout traitement de ces troubles, qu'ils soient

somatiques ou psychiques, est vain si on ne tente pas d'obtenir le sevrage avant toute autre action thérapeutique; enfin, que les possibilités thérapeutiques d'affections pathologiques variées sont nettement diminuées si on ne traite pas l'alcoolisme associé. Il faut rappeler que la cure de désintoxication, telle que nous l'avons étudiée, est pratiquée dans un service libre et que les malades atteints de troubles psychiatriques graves sont traités dans les hôpitaux psychiatriques. Mais, même dans ces hôpitaux psychiatriques, l'internement seul ou associé à des traitements médicaux variés est insuffisant. Il est nécessaire d'associer un traitement spécifique de l'intoxication alcoolique, soit sous la forme d'une cure de dégoût, soit sous la forme d'un traitement par l'antabuse, la fréquence des rechutes immédiates après séjours internés est éloquente.

Les incidents de la cure de désintoxication sont minimes; ils peuvent presque toujours être prévenus par une surveillance attentive. L'inocuité de la cure de désintoxication elle-même et du traitement régulier et prolongé par l'antabuse, peut être maintenant affirmée grâce à une expérience de plusieurs années.

Les résultats de la cure peuvent paraître insuffisants, surtout après un certain délai. Ces résultats concernent les cas traités depuis plusieurs années, depuis les débuts de la désintoxication alcoolique dans le Service. Avec une meilleure connaissance de la pratique de la cure et de la conduite de la post-cure, les résultats s'améliorent actuellement d'une façon très sensible.

Nous ne pensons pas qu'une sélection très sévère des malades soit justifiée, même si elle améliorerait apparemment les résultats. Sur le plan pathologique comme sur le plan social, c'est une chance, souvent la seule, qui peut être donnée au malade. Les résultats bénéfiques obtenus par la cure de désintoxication alcoolique, grâce à une abstinence, fût-elle temporaire, aussi bien pour le malade lui-même que pour sa famille, justifient l'élargissement des limites de la cure.

L'alcoolisme féminin chronique a des caractères particuliers.

Les troubles psychiques antérieurs sont beaucoup plus fréquents, puisque 22 % des malades avaient un terrain névrotique (soit près de trois fois le pourcentage masculin).

L'intoxication féminine, bien que plus souvent réactionnelle, n'en est pas moins importante. Les doses quotidiennes d'alcool sont à peine moins élevées que celles des hommes. Si la durée d'intoxication est, en général, plus courte, elle dépasse malgré tout plusieurs années.

L'étude des manifestations organiques et neuro-psychiques aboutit aux mêmes conclusions que celles de l'alcoolisme masculin. Il faut noter cependant que les troubles endocriniens sont plus fréquents et que la comitialité d'origine alcoolique est plus rare.

Les résultats sont nettement moins favorables : après un an, les bons résultats sont à peine le tiers des résultats masculins.

Les résultats seraient surtout améliorés si la lutte anti-alcoolique prophylactique devenait efficace; si la lutte sur le plan social était mieux armée; si les médecins praticiens étaient mieux avertis des moyens thérapeutiques anti-alcooliques; si la pathologie clinique, physique et neuro-psychiatrique de l'alcoolisme cessait d'être une question un peu délaissée dans les programmes d'enseignement.

Il est cependant possible d'espérer actuellement l'arrêt, sinon le recul, de l'alcoolisme chronique, ce qui paraissait une utopie il y a quelques années seulement.

BIBLIOGRAPHIE

1. LEREBoullet (J.), PLUVINAGE (R.) et VIDART :
Les limites de la désintoxication alcoolique.
« Société Médicale des Hôpitaux de Paris », 1954, 15 et 16,
p. 527-28.
2. PLUVINAGE (R.) :
Les atrophies cérébrales des alcooliques.
« Société Médicale des Hôpitaux de Paris », 1954, 15 et 16,
p. 524-26.
3. CHARLIN (A.) :
Traitement de l'alcoolisme chronique.
« Rapports du Congrès des Médecins Psychiâtres et Neurologis-
tes de France et des Pays de Langue Française, III^e Session
(19-26 juillet 1954), Liège, p. 221-329.
4. LEREBoullet (J.) :
La désintoxication alcoolique.
« Revue Générale de Médecine et Chirurgie de l'Union Fran-
çaise », 1954, 657, p. 1353-1363.
5. LEREBoullet (J.), PLUVINAGE (R.) et BONIS (A.) :
Les atrophies cérébrales.
« Revue du Praticien », 1954, IV, 9, p. 787.
6. JOSSERAND (A.) et REYSS BRION (R.) :
Réflexions sur quatre années de thérapeutique anti-alcoolique.
« Revue Lyonnaise de Médecine », 1955, IV, 9, p. 329-335.
7. LEREBoullet (J.), PLUVINAGE (R.) et JUNGERS (P.) :
Alcoolisme et gastrectomie.
« Concours Médical », LXXVIII^e année, 2, p. 165.
8. LEREBoullet (J.) :
La désintoxication alcoolique.
« Les Feuillots du Praticien », 1955, 148, p. 1004-1005.
9. LEREBoullet (J.), PLUVINAGE (R.) et BOUREL de la RON-
CIÈRE :
Alcoolisme et gastrectomie.
« Communication au 52^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes
de Langue Française »; Liège, juillet 1954.
10. LEREBoullet (J.), VIDART (L.), DELARUE (R.) et GAS-
TEAU (E.) :
La cure de désintoxication alcoolique chez l'épileptique.
« Bull. et Soc. Méd. Hop. Paris, 1952, 68, 24 et 25, 909-912,

Vu le Président de Thèse

Professeur GARCIN

**Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Paris**

Professeur BINET

**Vu le Recteur
de l'Académie de Paris**

Professeur SARRAILH

